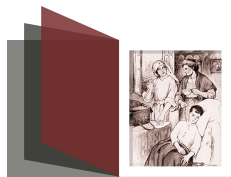


La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945

Par François Guérard



CONSULTER EN LIGNE

atlas.cieq.ca

Une fenêtre sur le passé québécois

Plus de 200 textes et cartes de référence
sur l'histoire du Québec en libre accès

POUR CITER CET ARTICLE, UTILISER L'INFORMATION SUIVANTE :

Guérard, François (1998). «La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945» dans Normand Séguin (dir.), *L'institution médicale*. Québec: Les Presses de l'Université Laval (coll. «Atlas historique du Québec»). [En ligne]: <https://atlas.cieq.ca/l-institution-medicale/la-formation-des-grands-appareils-sanitaires-1800-1945.pdf>

Tous droits réservés. Centre interuniversitaire d'études québécoises (CIEQ)
Dépôt légal (Québec et Canada), 1998.
ISBN 2-7637-7623-X

Les chercheurs du CIEQ, issus de neuf universités, se rejoignent pour étudier les changements de la société québécoise, depuis la colonisation française jusqu'à nos jours. Leurs travaux s'inscrivent dans trois grands axes de recherche: **les gens** : les populations et leurs milieux; **les ressources** : les moyens d'existence et les stratégies; **les régulations** : la norme, l'usage et la marge. Ils privilégient une approche scientifique pluridisciplinaire originale pour comprendre le changement social et culturel dans ses dimensions spatiotemporelles – www.cieq.ca

La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945

Le développement du dispositif hospitalier et l'implantation d'une organisation d'hygiène publique d'envergure comptent parmi les principales transformations de l'institution médicale au Québec depuis le début du XIX^e siècle jusque vers 1945, tournant qui annonce de profonds changements. À travers ces deux grands appareils sanitaires, le monde médical a considérablement élargi ses domaines d'intervention et il a accru son influence au sein de la société tout en contribuant à l'amélioration de l'état de santé de la population.

La mise en place et l'expansion des services d'hôpitaux et d'hygiène publique ont donné à la médecine les moyens de desservir l'ensemble du territoire, de la ville jusqu'aux régions de colonisation. Aussi ont-elles, partout au Québec, facilité une diffusion élargie du discours tenu par les médecins et aidé à accroître et à diversifier leur clientèle, bref, raffermi l'encadrement médical de la population. De ce fait, elles ont contribué largement à la généralisation et à l'uniformisation de pratiques sanitaires dans la lignée des projets de la profession médicale.

Pareilles transformations ne se sont pas étendues à l'ensemble du territoire québécois d'une seule volée. La lecture comparée des études de cas concernant l'hygiène publique et les hôpitaux dans les principales agglomérations, dans les petites villes ou le milieu rural, révèle des différences parfois majeures d'organisation¹. Ces différences ne tiennent pas seulement de la nature des problèmes sanitaires vécus. Elles révèlent aussi une inégale volonté de changement des agents locaux et font apparaître d'importants clivages sociaux, économiques et culturels. L'effacement ou l'atténuation de ces différences ont beaucoup à voir avec l'activité de l'État qui en vint à jouer un rôle de premier plan dans le renouvellement des pratiques sanitaires.

Pour leur part, les promoteurs de réformes exercèrent leur zèle au nom d'une amélioration de l'état de santé de toute la population du Québec, fort peu reluisant encore à la fin du XIX^e siècle. Effectivement, les réformes ont coïncidé au XX^e siècle avec une baisse à peu près constante des taux de mortalité. On ne peut toutefois préciser dans quelle mesure elles en sont responsables : l'explication de cette baisse est multifactorielle et il demeure difficile d'évaluer la

part de chacun des facteurs qui y ont contribué. Une hausse du niveau de vie, une meilleure alimentation ont vraisemblablement joué un rôle. Il se peut également que des habitudes d'hygiène personnelle plus saines, peut-être reliées aux campagnes d'éducation populaire et à l'introduction d'un enseignement de l'hygiène dans les écoles, aient aidé à faire reculer les maladies infectieuses. Quoi qu'il en soit, chacun des reculs de la mortalité fut salué comme une victoire de la science médicale, de l'hygiène publique ou de la médecine hospitalière.

1. UNE CROISADE NATIONALE SOUS GOUVERNE MÉDICALE

Lorsque la Seconde Guerre mondiale s'achève, le Québec est doté d'un système d'hygiène publique qui offre sur tout son territoire un large éventail de services visant à préserver et à promouvoir la santé de la population. Une petite armée de fonctionnaires s'activent pour assurer la mise en œuvre des programmes du ministère de la Santé et de quelques municipalités. À la ville comme en milieu rural et même en pays de colonisation, ils surveillent l'application de la politique d'hygiène, vaccinent, effectuent un suivi de nombreuses femmes enceintes et de nourrissons, informent, étudient les statistiques démographiques, vérifient la qualité des aliments offerts à la population et la salubrité des lieux de production alimentaire, inspectent les logements, les systèmes d'approvisionnement en eau et d'égouts, analysent en laboratoire des échantillons de nature diverse, dépistent les cas de certaines maladies notamment par l'examen médical des écoliers et les cliniques ambulantes antituberculeuses... Leurs champs d'intervention sont, de fait, très variés et touchent à la fois la vie privée et publique, l'univers domestique, le monde du travail et celui du loisir.

Tout ce labeur s'effectue sous l'autorité de médecins selon une réglementation qu'ils ont en bonne partie élaborée. Les organismes d'hygiène publique, du ministère à l'unité locale ou régionale sont pour la plupart dirigés par des médecins. C'est dire toute l'emprise de la profession médicale sur la vaste organisation qu'est devenue l'hygiène publique au Québec, et, à travers cette organisation, l'influence considérable qu'elle peut exercer au sein



de la population. De nouvelles attitudes par rapport à la santé et à la maladie, des comportements conformes aux avis de la science médicale sont ainsi proposés et avalisés par l'État qui en assure la promotion. Mais pour mettre en place un tel appareil d'hygiène publique, il a fallu que l'élite médicale, depuis le XIX^e siècle, gagne à sa cause les groupes sociaux les plus influents, convainque les dirigeants politiques d'engager les ressources de la collectivité, les persuade aussi d'asseoir ces transformations sur les compétences exclusives des médecins. Elle n'y parvint que graduellement, après une longue période marquée le plus souvent par une relative passivité des autorités publiques et des réticences nombreuses devant ses visées.

Sous le règne des mesures d'hygiène publique temporaires

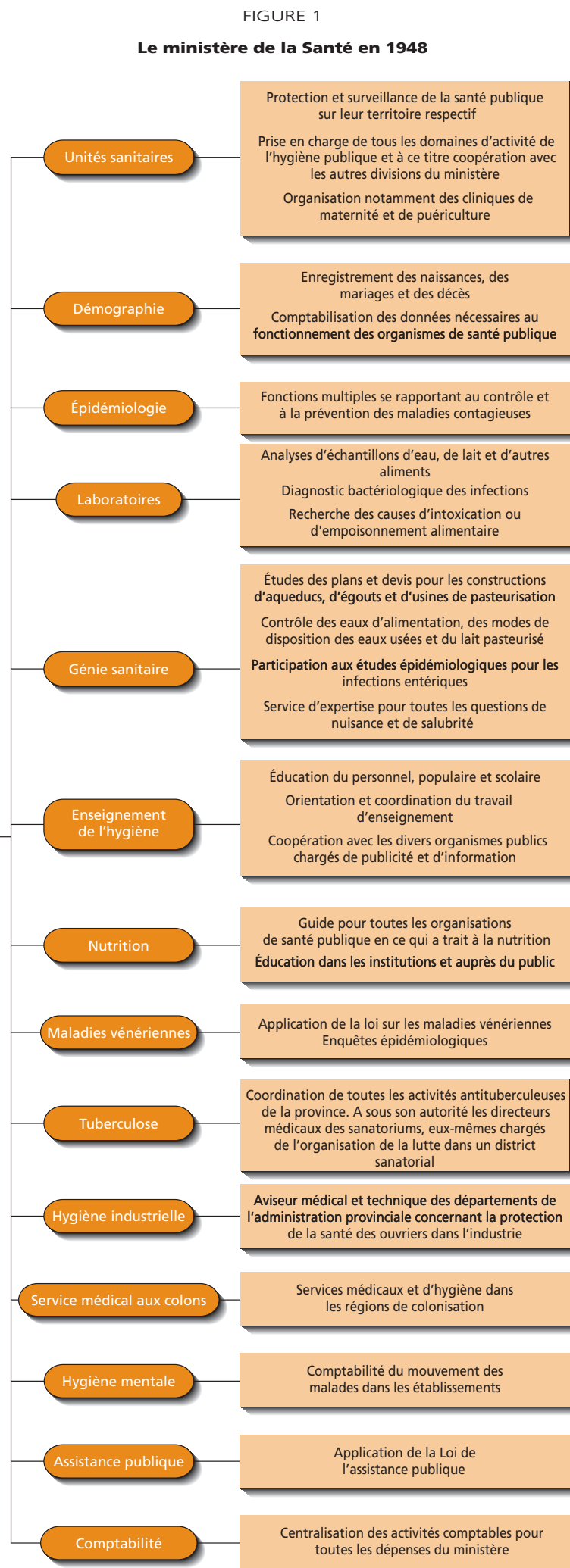
Dans le Bas-Canada du début du XIX^e siècle, bien peu d'obstacles entravaient la marche des maladies contagieuses, principales causes de mortalité. Qu'elles aient surgi en flambées dévastatrices ou qu'elles aient régné à l'état endémique, elles prélevaient année après année un lourd tribut en vies humaines. Or, les autorités n'intervenaient généralement que de façon ponctuelle pour parer aux besoins les plus pressants lors d'épidémies. Seules les quarantaines de vaisseaux et certaines mesures relatives à la vaccination antivariolique furent entreprises sur une base plus ou moins régulière. Le grand défi pour les partisans de l'hygiène publique allait être précisément d'obtenir la création d'organismes permanents chargés de veiller à la santé de la population.

Les quarantaines de vaisseaux et la vaccination

Le gonflement des flots migratoires en provenance de l'Europe à partir de la fin du XVIII^e siècle amena les autorités publiques à adopter en 1795 une loi de quarantaine qui, reconduite ou remaniée de nombreuses fois par la suite, marqua une étape majeure dans le développement de l'hygiène publique au Canada. En vertu de cette loi, les autorités pouvaient imposer des mesures d'isolement aux navires qui entraient dans la colonie et à bord desquels certaines maladies s'étaient déclarées. Pour héberger et soigner les personnes mises en quarantaine, une station fut établie en 1832 à la Grosse-Île en aval de Québec. D'autres stations moins durables l'avaient précédée. Des dizaines de milliers d'arrivants allaient y séjourner jusqu'à sa fermeture en 1937, et dans bien des cas y mourir.

Si l'on en juge par les nombreuses épidémies (choléra², typhus, variole, etc.) qui se succédèrent tout au long du XIX^e siècle en sol canadien, les quarantaines s'avérèrent impuissantes à endiguer l'introduction et la propagation des germes infectieux.

Ministre Sous-ministre et assistants



Source : Québec (province), *Enquête sur les services de santé. 1948, tome III, Services de santé provinciaux.*

Divers témoignages permettent d'ailleurs de se convaincre que nombre de capitaines de vaisseaux, vraisemblablement en accord avec leurs armateurs, cachaient l'existence de malades à leur bord et préféreraient s'en délester en catimini sur une rive déserte plutôt que de subir les délais et les désagréments dus à la quarantaine. Celle-ci représentait en effet une entrave au commerce, de sorte que des intérêts puissants s'y opposaient.

Il faut préciser de plus que les membres du corps médical ne faisaient pas front commun pour obtenir un resserrement des mesures : plusieurs, en cette ère prépastorienne, ne croyaient pas à la transmission des maladies par contagion et percevaient donc les quarantaines comme coûteuses et inutiles. Même des médecins qui penchaient pourtant en faveur des thèses contagionnistes cherchèrent à ménager les intérêts marchands en suggérant des modalités d'application moins sévères, comme le fit en 1839 John Doratt, le médecin désigné par Lord Durham pour faire enquête notamment sur les hôpitaux (Doratt, 1839). Cependant, en dépit de tous ces aléas, les quarantaines de vaisseaux constituaient une première en ce qui a trait à l'hygiène publique, en ce sens qu'elles furent imposées sur une base relativement régulière.

Les autorités s'appliquaient également à promouvoir la vaccination, méthode recommandée par des médecins pour lutter contre une maladie particulièrement virulente, la variole. La vaccination fut introduite en sol canadien au tout début du siècle. Il faut toutefois attendre 1815 avant que le gouvernement n'adopte une loi pour rémunérer des médecins vaccinateurs. Une autre loi suivit deux ans plus tard qui créait un « bureau », formé de cinq médecins et chirurgiens, chargé d'organiser et de promouvoir la vaccination. Le travail effectué pendant quelques années par cet organisme donna lieu à diverses contestations de la part des médecins vaccinateurs, particulièrement des francophones qui y étaient mal représentés. Le gouvernement légiféra aussi en 1853 pour interdire une pratique plus ancienne, qui persistait bien qu'elle ait perdu le soutien de l'élite médicale : l'inoculation antivariolique. Puis, en 1858, il statua que les hôpitaux et les dispensaires qui bénéficiaient de son aide financière devaient ouvrir un dépôt de matière vaccinale et faire vacciner gratuitement les indigents.

La pratique de la vaccination ne se généralisa pas au XIX^e siècle. À vrai dire, elle suscitait bien des craintes parmi la population, comme le démontrèrent les difficultés éprouvées par les autorités sanitaires montréalaises durant les épidémies de 1875 et de 1885 : les mesures antivarioliques rencontrèrent une forte opposition et menèrent même à des émeutes³.

Des mesures généralement ponctuelles

Hormis les quarantaines et peut-être la vaccination, la plupart des mesures adoptées lors des nombreuses épidémies qui jalonnèrent le XIX^e siècle l'ont été pour une durée limitée : le temps de l'épidémie. L'augmentation soudaine de malades à hospitaliser ou à isoler résultait dans la création d'hôpitaux temporaires. Des locaux étaient loués ou achetés pour l'occasion, parfois des baraquements ou des tentes dressés à la hâte. On en vint tout de même à créer quelques établissements permanents destinés aux personnes atteintes de maladies contagieuses, principalement pour les marins et les immigrants.

Les organismes de santé publique municipaux ou bas-canadiens créés en périodes d'épidémies disparaissaient généralement aussitôt la crise estompée. Plusieurs médecins militaient pourtant en faveur de l'établissement de services de santé stables. Ainsi, le Bureau central de santé créé en 1854 pour lutter contre le choléra recommanda que des officiers de santé municipaux permanents soient nommés, en vain. À Montréal, dont la croissance rapide rendait les problèmes sanitaires particulièrement criants et visibles, les pressions se firent de plus en plus pressantes en faveur de la mise sur pied d'un service de santé dirigé par un médecin et doté de moyens d'action efficaces⁴. À partir de la décennie 1840-1850, les comités et les « bureaux » de santé s'y succédèrent, gagnant ou perdant en autorité au gré des administrations municipales et des flambées épidémiques. Néanmoins, les partisans d'une politique sanitaire rigoureuse devinrent graduellement plus nombreux et l'expertise médicale conquist une position plus ferme dans l'administration municipale de même que dans les processus décisionnels des édiles montréalais.

C'est en somme l'absence de continuité institutionnelle qui caractérise le mieux l'hygiène publique au Québec avant la décennie 1880-1890. Au moment de tirer les leçons de la dévastatrice épidémie de variole qui frappa le Québec en 1885, les autorités de la province se montrèrent finalement plus sensibles aux revendications hygiénistes et acceptèrent, à l'exemple de l'Ontario (1882) et de certains États américains, de mettre sur pied un organisme central permanent chargé de veiller à la santé des citoyens : le Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ)⁵.

Un modèle médical importé et adapté au Québec

Le Conseil d'hygiène allait présider pendant plus de 30 ans à l'organisation des services d'hygiène publique, avant d'être remplacé par le Service provincial d'hygiène (SPH). Les programmes qu'il mit de l'avant étaient pour l'essentiel inspirés de courants d'idées internationaux. Le discours sur l'hygiène publique fut toutefois adapté au contexte québécois, de sorte qu'il réponde aux grandes préoccupations des groupes influents au sein de la société.

Un projet défini et promu par l'élite médicale québécoise

Le dispositif d'hygiène publique implanté au Québec à partir de la décennie 1880-1890 est essentiellement le projet d'une élite médicale. La composition du CHPQ le montre d'évidence. Son premier président, Emmanuel-Persillier Lachapelle, était un des médecins québécois les plus respectés de son époque. Comme lui, son successeur, Arthur Simard, présida le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et fut doyen de l'une des facultés de médecine. Sur les 30 personnes qui siégèrent au Conseil durant la période où il dirigeait l'hygiène publique, soit de 1888 à 1921, on trouve un autre président du Collège et trois autres doyens de facultés de médecine. Bon nombre enseignaient dans l'une ou l'autre université ou occupaient des postes de direction dans diverses sociétés médicales, dont certaines d'envergure nationale. Plusieurs, aussi, furent « gouverneurs » du Collège. Enfin, la plupart publièrent des articles dans les périodiques médicaux et certains en furent directeurs ou rédacteurs en chef.

Le CHPQ avait également ses antennes dans les milieux politiques : six conseillers furent députés provinciaux pendant leur mandat. Un autre devint député à Ottawa puis ministre fédéral de la Santé de 1921 à 1925. Un autre encore était sénateur. On veilla de plus à ce que non seulement Montréal (la moitié des conseillers provenaient de l'île de Montréal) et Québec, mais aussi les régions, soient représentées par des conseillers influents dans leur communauté. Ainsi, quelques membres occupaient la charge de maire dans leur municipalité. Fait significatif, les directeurs des services de santé de Montréal et de Québec furent nommés membres du Conseil.

Aux médecins qui s'illustraient comme praticiens éminents, professeurs et doyens d'université ou membres influents du Collège des médecins et chirurgiens, furent donc adjoints des collègues qui s'étaient plutôt tournés vers la vie publique. Ceci illustre bien la double fonction du CHPQ, à la fois définisseur de programmes d'hygiène reposant sur les conceptions scientifiques modernes et responsable de leur mise en œuvre avec tout ce que cela supposait de démarches auprès des autorités politiques à l'échelon provincial tout aussi bien que local.

Un projet issu d'un courant d'idées international

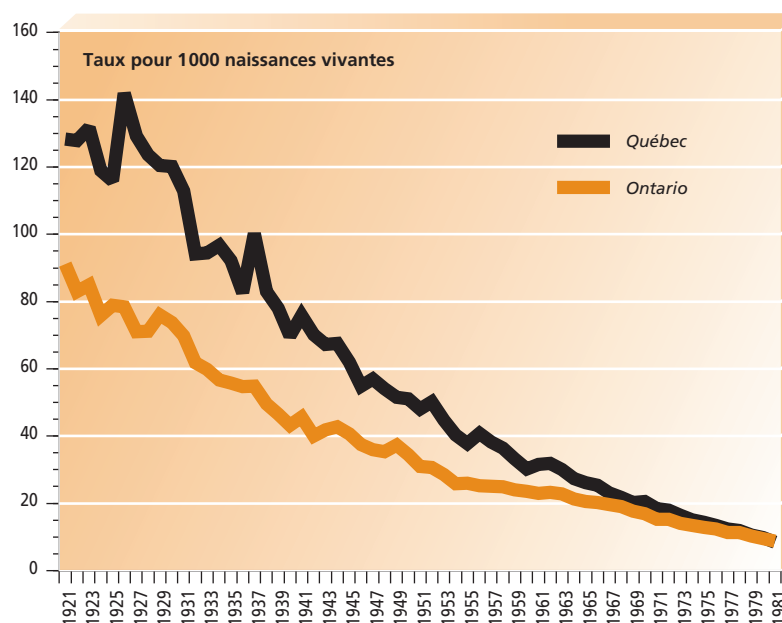
Cette élite médicale et politique qui défendit les programmes d'hygiène publique au Québec tirait ses connaissances, son inspiration et ses méthodes de ce qui se faisait en Europe et aux États-Unis. Elle se tenait informée de l'évolution de la recherche en consultant les périodiques médicaux étrangers, en faisant des stages d'études à l'extérieur du Québec et en participant à des congrès internationaux. Au moment de

rédiger des projets de loi, par exemple lors de l'importante refonte de la Loi d'hygiène de 1901, elle étudiait les législations d'ailleurs. Elle inscrivait donc son action dans un vaste courant international auquel elle voulait que le Québec adhère. Il en résulta que, pour l'essentiel, l'hygiène publique au Québec se moula à des modèles extérieurs.

Il est à cet égard significatif que les promoteurs de l'hygiène publique appuyèrent leur argumentation en citant l'exemple des sociétés les plus avancées sur le plan sanitaire. En vue de convaincre les dirigeants d'accroître la participation des pouvoirs publics, ils comparèrent les réalisations du Québec avec celles d'autres pays ou provinces en soulignant, le cas échéant, la déficience des mesures adoptées et les faibles résultats obtenus. De telles comparaisons furent rendues possibles à partir de la dernière décennie du XIX^e siècle par l'organisation de statistiques démographiques. Les données concernant la mortalité, infantile notamment, révélèrent que la population québécoise affichait un piètre bilan de santé dont l'amélioration s'effectuait avec quelque retard comparativement à l'Ontario par exemple (dans le cas de la mortalité infantile, l'écart ne fut définitivement et pleinement comblé que vers 1980)⁶.

FIGURE 2

La mortalité infantile au Québec et en Ontario, 1921-1981



Source : Statistique Canada, Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, 1921-1990, 1994.

Aux yeux des hygiénistes et de leurs sympathisants, le Québec devait combler ce retard s'il entendait occuper une place avantageuse dans le concert des nations. Pour y arriver, il fallait que les groupes dirigeants sortent de leur « apathie » — fréquemment dénoncée surtout avant les années 1920 — et acceptent de façonner un système d'hygiène publique qui respecterait les enseignements de la science médicale. Ces enseignements, perçus comme universels, étaient par conséquent valables au Québec, et il suffisait de prendre exemple là où ils étaient déjà appliqués.

L'adaptation au contexte québécois

Aucun programme d'intervention, même défini comme universel, ne pouvait prendre forme sans une adaptation au territoire d'implantation. Les hygiénistes devaient faire accepter leurs projets aux autres groupes de la société. Aussi leur discours fut-il ajusté au contexte particulier du Québec, ce qui s'avérait nécessaire, notamment, pour obtenir l'appui des dirigeants. Il s'agissait de présenter l'hygiène comme la solution aux problèmes qui les inquiétaient ou comme un moyen de servir leurs intérêts et d'atteindre leurs objectifs. Il fallait aussi que ce discours se porte à la défense des intérêts de la population dans son ensemble, de sorte qu'il appelle et légitime une action des pouvoirs publics et puisse être repris par les autorités politiques. Progressivement, on parvint à calibrer le discours sur l'hygiène de sorte qu'il réponde aux grandes préoccupations de ceux qui exerçaient une influence sur l'évolution du Québec. De fait, après la Première Guerre mondiale surtout, divers éléments du discours hygiéniste ont été utilisés, soulignés, remaniés, intégrés à leur propre discours par les hommes politiques québécois et les quotidiens de toutes tendances, les membres du clergé et leurs alliés, les milieux d'affaires et les syndicats.

Certes, la plupart des arguments utilisés n'eurent le plus souvent rien de novateur en soi. Comme aux États-Unis et en Europe, on fit miroiter aux milieux d'affaires les gains en productivité d'une population saine. On leur offrit de plus la tranquillité sociale en assurant que des travailleurs en bonne santé sont des travailleurs heureux de leur sort. À ces derniers, on proposa un assainissement de leurs conditions de vie et l'accès à certains services sanitaires. Pour nombre d'hygiénistes, l'hygiène publique faisait office de ciment social et devait contribuer à solutionner l'épineux problème des relations entre le capital et le travail.

À tous, on fixa un grand objectif qui transcendait les intérêts particuliers : la puissance d'une nation, la vigueur de son économie, sa sécurité en cas de guerre, affirmait-on, étaient étroitement dépendantes du nombre de ses citoyens productifs et de leur état de santé. On comptabilisa la valeur de la vie humaine selon les âges en cumulant les apports prévus de chacun à l'édification de la richesse nationale et

SANTÉ DES TRAVAILLEURS

**Si les conditions sanitaires du travail sont bonnes
Tout le monde en profite**

L'Ouvrier Parcequ'étant bien portant il est satisfait et heureux.

Le Patron Parceque l'ouvrier bien portant est plus capable et travailleur.

La Société Parceque ouvriers et patrons prospères et heureux font de bons citoyens.

Le Pays Parceque la co-opération d'un bon patron et d'un ouvrier heureux fait la force et la Richesse du Pays



L'HYGIÈNE COMME CIMENT DE LA SOCIÉTÉ.

Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

en défalquant les dollars dilapidés en décès prématurés. L'hygiène publique, en sauvant les vies et les dollars, était garante de l'avenir des nations. La représentation de la maladie en menace pour la collectivité s'avère de fait une constante dans le discours hygiéniste de la période étudiée ici. Les promoteurs de l'hygiène publique cherchaient à obtenir des gouvernements qu'ils interviennent sur une large échelle. Dans un contexte où les idéologies dominantes s'accordaient pour laisser l'essentiel de l'aide humanitaire au secteur privé, ils se devaient de transcender les intérêts individuels en conférant à l'hygiène publique une dimension collective. L'État, protecteur de la nation, devenait responsable de la santé des citoyens. Cela valait particulièrement pour les enfants, aux prises avec des ennemis redoutables qui étaient donc aussi les ennemis de l'État.



Dans le contexte québécois, certains de ces arguments acquièrent une importance et des connotations toutes particulières et prirent une coloration spécifique. Il est bien connu que la destinée de la francophonie catholique en Amérique du Nord inquiétait le clergé catholique et une partie des élites francophones. Convaincus que la croissance rapide de la population était capitale pour la survie du peuple, ils ne pouvaient faire autrement que de se montrer sensibles non seulement au maintien d'une forte natalité, mais également à la réduction de la mortalité et, par conséquent, aux mesures d'hygiène publique. Ceci devint manifeste durant l'entre-deux-guerres. Plusieurs insistèrent sur la dimension politique du problème en rappelant que dans un régime démocratique, le nombre d'électeurs compte pour beaucoup dans l'influence qu'un groupe peut avoir. Ils croyaient donc primordial que la population francophone ne se laissât pas distancer par la population anglo-protestante canadienne, laquelle bénéficiait pour sa croissance d'une forte immigration et affichait des statistiques de mortalité nettement meilleures.

Dans cette optique, se battre pour l'hygiène et sauver des vies, c'était aussi se battre pour la nation en péril, pour la religion catholique, pour la langue française.

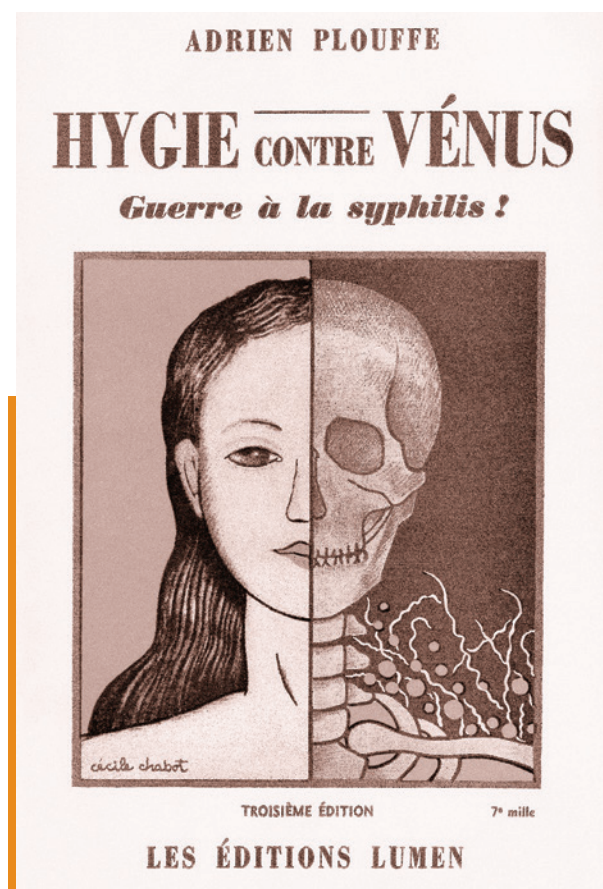
Une guerre sans merci au nom d'idéaux élevés

Les hygiénistes avaient dressé une longue liste des ennemis de la nation : la mortalité infantile, la tuberculose, les maladies vénériennes, etc. Plus meurtriers encore que les guerres, présentés comme insidieux et comme causes de dégénérescence et de mort, ils furent associés souvent à divers vices, parfois à l'aide d'illustrations morbides destinées à frapper l'imagination du lecteur. Cela présentait un double avantage. D'une part, on établissait un lien entre immoralité et comportements antihygiéniques, ce qui était de nature à faciliter l'acceptation de nouvelles mesures d'hygiène et parfois à justifier l'usage de la contrainte. D'autre part, on attirait ainsi la sympathie des forces conservatrices bien-pensantes de la société, du clergé catholique par exemple au Québec, avec la perspective d'en obtenir la collaboration dans certains domaines.

SAUVER LES ENFANTS :
UN COMBAT POUR LA NATION.
Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

La sexualité hors mariage, alors proscrite par la religion comme par l'hygiène, fut l'un de ces terrains d'entente : on clama que les maladies vénériennes affaiblissaient la « race », la dégénéraient en entraînant des handicaps mentaux et physiques lors des naissances, causaient l'infertilité ; d'ailleurs, la prostitution fut longtemps présentée comme une cause majeure de la propagation de ces maladies. Pour conclure son rapport de l'année 1927, le directeur de la Division des maladies vénériennes du SPH présentait la lutte entreprise comme une « campagne d'assainissement moral et physique ».

Quant à l'alcool, aux dires des hygiénistes, il n'existait guère de problèmes d'hygiène dont il ne puisse être considéré comme l'un des responsables : il creusait le lit de la tuberculose, menait aux maladies mentales et à la violence, affaiblissait la « race » par la génération d'une descendance tarée au mental comme au physique, fomentait la misère, la déchéance sociale et, par conséquent, toutes les calamités antihygiéniques auxquelles celles-ci étaient associées, notamment l'insalubrité des logis, une alimentation malsaine...



UNE LUTTE CONTRE
LA DÉGÉNÉRESCENCE
ET LA MORT.
Adrien Plouffe, *Hygiène contre Vénus. Guerre à la syphilis!*, Montréal, Les Éditions Lumen, 1945.



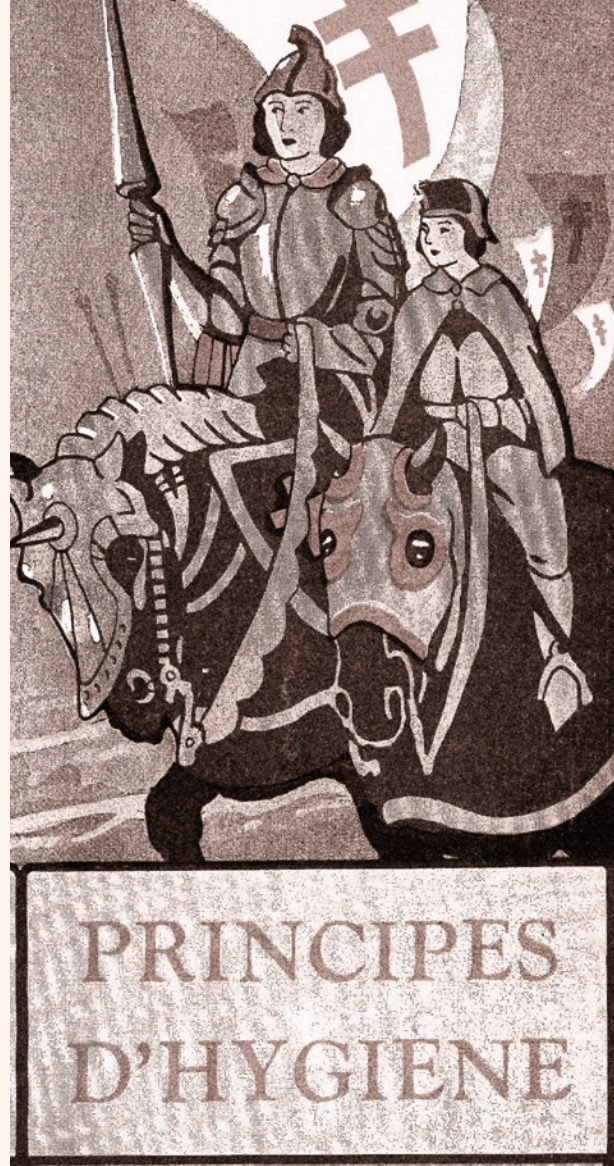
**Frequentes
et faciles à prendre**

**SYPHILIS ET
GONORRHÉE**

LES RISQUES
DE LA VIE DISSOLUE.
Canada, ministère
de la Santé nationale
et du Bien-être social,
Division de la lutte
antivénérienne,
Maladies vénériennes.
*Ce que vous devez
savoir, 1951.*

plus traditionnelles qui faisaient une large place au spirituel. En devenant une responsabilité individuelle, familiale et collective, l'hygiène se faisait tout de même affaire de morale. Aux dires des plus zélés propagateurs, ne pas s'y conformer confinait au crime. L'individu fautif mettait en péril non seulement sa propre santé et sa vie, mais aussi celles de ses proches et des personnes avec qui il entraînait en contact. Chaque chef de famille devait voir à ce que sa famille ne devienne pas un foyer de maladie pour la société. Enfin, les autorités publiques ne pouvaient se dérober à ce qui était présenté comme des devoirs, vu le niveau où les hygiénistes situaient les enjeux, celui de la nation.

UNE GRANDE CROISADE
NOURRIE D'IDÉAUX ÉLEVÉS.
Québec (province),
ministère de la Santé,
Division de la nutrition,
Principes d'hygiène, 1948.



Devant des ennemis aussi vils et funestes, il allait de soi que la guerre devait être sans merci. Compte tenu de la noblesse des objectifs, on n'hésita pas à la qualifier de croisade. Chacun avait un rôle à y jouer, sous la direction éclairée des médecins, seuls détenteurs des connaissances qui permettaient d'atteindre les buts fixés pour la collectivité⁷. Le discours hygiéniste était un discours mobilisateur, truffé d'analogies guerrières destinées à fouetter l'ardeur des troupes qui monteraient à l'assaut de la maladie. Après 1918 au Québec, les promoteurs de l'hygiène publique, parmi lesquels certains hommes politiques de premier plan, affirmaient à la population qu'une autre guerre commençait, tout aussi importante et ardue que celle qui venait de s'achever.


ALCOOL

L'Alcoolique est sujet

L'Alcoolique a des enfants qui risquent d'être

à la Tuberculose
aux Maladies Vénériennes
au Delirium Tremens
à la Déchéance générale

Tuberculeux
Rachitiques
Idiots
Fous
Epileptiques



L'Alcoolisme, c'est la fin d'une Race

ALCOOL

DEUX GENRES DE VIE



QUEL EST LE VOTRE ?

LES MOUCHES

Les Mouches pondent dans le fumier, les matières fécales, les débris de cuisine, les ordures, les gadoues et les substances animales ou végétales en voie de décomposition.

Les Mouches sèment la mort...



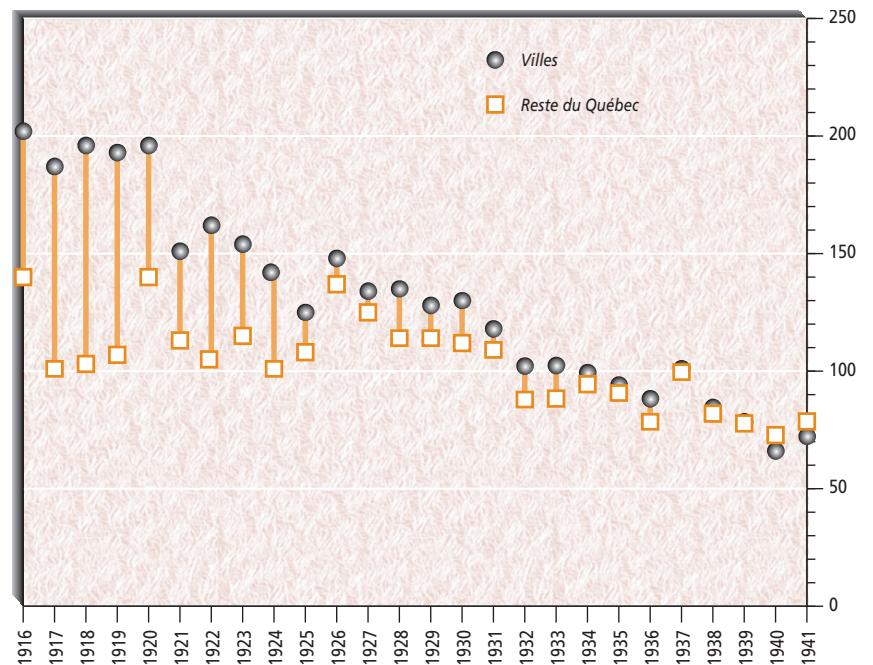
La Mouche vous apporte:
la Fièvre typhoïde, la Diarrhée infantile,
la Dysenterie, le Choléra, la Tuberculose,
la Diphtérie, la fièvre scarlatine,
la Rougeole, l'Érysipèle.

Ce sont les Mouches qui apportent à vos Bébés les Maladies dont ils meurent !

LES EFFETS DE L'ALCOOL.
UN ENNEMI : LES MOUCHES.
Québec (province), Service provincial
d'hygiène, *Principes d'hygiène, 1923.*

FIGURE 3

Écart entre les taux de mortalité infantile des villes de 5 000 habitants et plus, et du reste du Québec, 1916-1941



Source : Québec (Province), *Annuaire statistique*, 1932, p. 69 et 1941, p. 115.

L'élargissement du champ d'action de la médecine

Pour les médecins du début du siècle, les enjeux de l'hygiène publique étaient majeurs. Il s'agissait surtout d'améliorer la santé de la population, objectif éminemment louable pour lequel l'hygiène allait apporter une contribution notable. Il s'agissait aussi, d'un même mouvement, d'étendre l'influence de la médecine dans de multiples directions⁸.

Agir sur l'ensemble du territoire québécois

Ce fut d'abord surtout l'insalubrité du milieu urbain qui attira l'attention durant la seconde moitié du XIX^e siècle, particulièrement à Montréal. Les conditions de vie étaient en effet terriblement malsaines dans les quartiers ouvriers⁹. Les premiers à s'en inquiéter furent surtout des journalistes et des médecins progressistes qui réclamèrent l'adoption par les autorités municipales de diverses mesures d'assainissement.

Certains, de tendance traditionaliste, virent dans l'insalubrité des villes une raison de plus pour souhaiter que la société québécoise conserve un caractère essentiellement rural et s'adonne au travail de la terre plutôt qu'à celui de l'usine. À les en croire, les campagnards robustes et sains dont les migrations alimentaires la croissance urbaine venaient s'étioler dans la ville crasseuse et laide, y sacrifiaient leur santé et celle de leur progéniture et, de plus — ce qui constituait une autre variante sur le thème de l'association entre hygiène et vertu — y mettaient en danger leur moralité. Apparue avec les premières vagues de l'industrialisation et de l'urbanisation au XIX^e siècle, cette vision fut durable même si elle n'eut que peu ou pas de prise sur les mouvements démographiques. Dans les années 1930 avec la Crise et encore dans les années 1940, divers auteurs traditionalistes faisaient des villes québécoises le tombeau de la « race ».

Les statistiques démographiques semblaient donner raison à ceux qui voulaient endiguer l'exode rural : les taux de mortalité infantile, par exemple, étaient en général plus élevés dans les villes qu'ailleurs au Québec. Pareil écart était assurément imputable à divers facteurs : haute densité des populations urbaines qui favorisait la promiscuité et par conséquent la contagion, concentration de la pauvreté dans des quartiers peu salubres... Mais ces chiffres peuvent s'avérer trompeurs. En effet, les villes abritaient des établissements ouverts à une large clientèle régionale — les hôpitaux, les hospices, les crèches — ce qui ne pouvait qu'y accroître le nombre de décès enregistrés. Dans les crèches, en particulier, la proportion de nourrissons décédés était parfois effarante.

L'état sanitaire de la population établi par les hygiénistes pouvait donc être utilisé par les chantages de la société rurale traditionnelle. Toutefois, les hygiénistes n'aspiraient pas à dépeupler les villes. Bien au contraire, ils souhaitaient les voir mieux aménager.

Ce fut d'ailleurs dans les villes que les politiques d'hygiène publique prirent forme dans un premier temps. Les projets des hygiénistes allaient cependant bien au-delà des limites des principales agglomérations : la volonté du CHPQ de mettre en place une organisation d'hygiène publique qui couvrirait l'ensemble du Québec se manifesta dès les premières années de son existence. L'hygiène devait pénétrer aussi bien en milieu rural qu'urbain.

Agir sur tous les groupes sociaux

L'hygiène publique s'adressait également à tous les groupes sociaux. Dans un premier temps (1887-1918), les principales mesures proposées (concernant l'eau de consommation, les égouts, la surveillance des aliments vendus, etc.) couvraient en principe sans distinction toute la population de la municipalité concernée. Toutefois, on sait que dans les villes, les quartiers pauvres obtinrent souvent certains services plus tard que les quartiers aisés ou furent moins bien desservis. Il semble que les municipalités les plus riches furent aussi les plus promptes à se doter de services adéquats.

Durant l'entre-deux-guerres, les priorités portèrent plutôt sur des programmes taillés sur mesure pour des clientèles cibles, soit les groupes à faible revenu. Il était généralement admis que les citoyens aisés, plus instruits et plus fréquemment en contact avec les médecins, nécessitaient moins d'efforts de la part des pouvoirs publics que les segments de la population où les préceptes de l'hygiène demeuraient moins connus. On en vint à définir des modes d'intervention réservés à ceux qui ne consultaient pas le médecin, ne pouvaient pas payer ses services : les dispensaires ou les cliniques, « les gouttes de lait » (Baillargeon, 1996), etc. Ce faisant, on étendait à l'ensemble de la population la diffusion du discours hygiéniste, par l'intermédiaire du médecin et de l'infirmière, véritables médiateurs culturels.

Agir dans les sphères privée et publique

Par l'hygiène, la médecine visait également des aspects très variés de la vie privée et publique. Elle sortait du champ de la maladie et de la mort, y prenait appui pour envahir la vie quotidienne. Ainsi, elle s'introduisait dans la sphère intime par ses recommandations sur les soins corporels. Elle prétendait régler une partie considérable de la vie des femmes au foyer : la maternité, la naissance, les soins aux bébés et l'éducation des enfants, le choix des aliments, leur préparation et leur conservation, la propreté de l'intérieur domestique, jusqu'à l'habillement. L'univers du travail, alors surtout masculin, n'échappait pas non plus à l'hygiène : les lieux de production, les bureaux, les commerces et les établissements de service en général devaient être tenus dans un état sanitaire convenable et demeurer sécuritaires ; la production agricole devait aussi s'ajuster à tout un ensemble de nouvelles règles et la construction d'immeubles et de logements, respecter des normes de plus en plus précises d'aération, d'éclairage, de plomberie...



**Les terrains de jeux
c'est la santé des enfants.**

LES BIENFAITS
DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
EN PLEIN AIR.
Québec (province),
Service provincial
d'hygiène, *Principes
d'hygiène*, 1923.

d'hygiène. Quant à la vie publique, elle subissait des assauts vigoureux : ne revenait-il pas au gouvernement provincial ou aux municipalités d'assurer à la population des services efficaces, de stimuler l'adoption par tous d'un mode de vie sain, et éventuellement de les y contraindre ?

En outre, l'école devenait le lieu où, par l'insertion de leçons d'hygiène, les nouvelles générations apprendraient à se prémunir contre la maladie. Les moments de loisirs devaient être sagement occupés, par exemple par de l'exercice physique ou des activités en plein air. En accord avec nombre d'urbanistes progressistes, les hygiénistes étaient favorables à l'aménagement en milieu urbain de terrains de jeux pour les enfants et de parcs, enclaves qui réunissaient les qualités de salubrité de la campagne. Même les rapports interpersonnels étaient concernés : le risque de contagion imposait à tous des comportements prudents, et même, dans certaines situations, des interdictions sévères. On comptait sur la vie associative pour asseoir la formation d'organismes philanthropiques

LE RÔLE DE LA COLLECTIVITÉ

**Nous devons tous contribuer à l'Hygiène
et à la Propreté de notre ville**

Les Hommes doivent :
**Organiser un Service de Santé,
installer l'eau potable, poser des égouts.**

Les Femmes doivent :
**Se grouper et s'organiser pour appuyer
l'action du Service de Santé.**

POUR UNE MOBILISATION GÉNÉRALE

Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

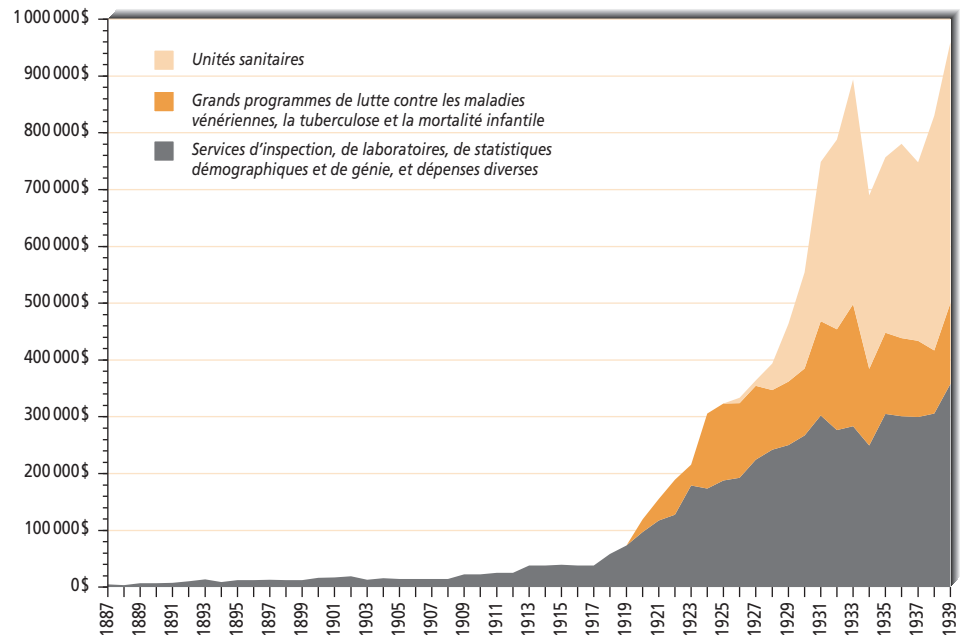
Nous avons dit précédemment que l'hygiène publique avait été présentée comme une croisade. Il ressort aussi qu'elle était conquérante et qu'en plus de s'adresser à tous dans tous les milieux de vie, elle entendait investir de nombreux terrains d'activité. La multiplicité des visages de l'hygiène en témoigne : on parla d'hygiène maternelle, du nourrisson, de l'enfance, personnelle ou individuelle, familiale, scolaire, municipale, rurale, urbaine, sociale, alimentaire, vestimentaire, de l'habitation, industrielle, laitière, visuelle, auditive, dentaire, mentale... De 1887 à 1945, l'hygiène publique au Québec s'engagea sur tous ces terrains.

La mobilisation des autres groupes sociaux

La cause de l'hygiène publique ne fut pas que l'affaire des médecins, loin de là. Sous leur gouverne, d'autres groupes sociaux allaient être mis à contribution. La mobilisation couvrit un très large éventail social. Ceux qui exerçaient une influence ou un pouvoir dans la société furent les premiers sollicités.

FIGURE 4

Dépenses du gouvernement provincial pour l'hygiène publique, 1887-1939



Source : État des comptes publics de la province de Québec, années concernées.

Le ralliement des groupes les plus influents

La collaboration des instances politiques était indispensable. Députés et membres des conseils municipaux furent soumis aux requêtes incessantes des défenseurs de l'hygiène publique. Leur appui ne fut que graduellement acquis. Une fois obtenue la mise en place d'organismes responsables de la santé publique durant les années 1880 et 1890, il fallait encore batailler pour qu'on leur assure les moyens de réaliser les projets hygiénistes. En effet, les ressources allouées aussi bien par les municipalités que par l'État québécois demeurèrent durant une première période très faibles. Ce ne fut qu'après la guerre et l'épidémie d'influenza de 1918 que les dépenses du gouvernement provincial en matière d'hygiène publique entamèrent une hausse vraiment substantielle. Dans l'ensemble, les hommes politiques en vinrent à admettre que les pouvoirs publics devaient fournir un important effort financier. Certains en firent des enjeux électoraux, soulignant leur rôle personnel ou celui de leur parti dans l'adoption de telles ou telles mesures. L'hygiène publique et la santé s'intégraient petit à petit au paysage politique québécois. Bientôt, il fut entendu que l'État avait là des responsabilités majeures.

Les hygiénistes cherchèrent aussi à rallier d'autres acteurs sociaux influents, notamment parmi les membres de la direction des grandes entreprises et de la bourgeoisie d'affaires. Certaines grandes entreprises, surtout après la Première Guerre mondiale, collaborèrent à des mesures d'hygiène publique ou même cherchèrent à développer chez leurs employés des habitudes d'hygiène plus saines. Une partie du patronat était vraisemblablement gagnée à l'idée qu'une population en bonne santé était plus productive. Les grandes entreprises demeurèrent toutefois longtemps à l'abri des pressions des hygiénistes visant l'assainissement des lieux de production, dans la mesure où le gouvernement hésitait à s'aliéner des acteurs aussi puissants. Bien qu'il soit parvenu en 1894 à obtenir l'adoption de règlements concernant l'hygiène industrielle, le CHPQ dut laisser à un autre organisme gouvernemental la responsabilité d'inspecter les établissements industriels. Il fallut même attendre 1936 avant qu'une division de l'hygiène industrielle, aux pouvoirs d'ailleurs restreints, soit créée au sein du ministère de la Santé. Les conditions d'hygiène dans les entreprises industrielles s'améliorèrent tout de même graduellement et durant les années 1920, on était déjà fort loin de la situation dramatique qu'avait dévoilée une enquête fédérale en 1888.

Il semble bien que la participation de la grande entreprise, peu importante dans un premier temps, ait été à son sommet durant l'entre-deux-guerres. Ce fut également le cas du clergé. Celui-ci accepta en plusieurs circonstances de collaborer : l'épiscopat, les curés des paroisses, les communautés propriétaires d'établissements hospitaliers furent appelés à fournir de l'aide ou à appuyer de leur autorité morale les menées hygiénistes. Ce sont là des questions encore peu explorées dans notre historiographie. On sait cependant que, dans un premier temps, le clergé s'était montré méfiant à l'égard des velléités d'intervention des hygiénistes dans des domaines où il exerçait déjà une certaine autorité, notamment en ce qui avait trait à la collecte des données démographiques (il était responsable de la tenue des registres d'état civil), à la réglementation s'appliquant aux cimetières, à l'enseignement de l'hygiène dans les écoles et à l'inspection sanitaire de celles-ci. Dans bien des cas, le CHPQ avait dû opter pour des compromis où le clergé acceptait de collaborer tout en évitant, quoiqu'il n'y soit pas toujours pleinement parvenu, d'être soumis à l'autorité de l'agence gouvernementale.

À vrai dire, cette collaboration s'avérait précieuse. En effet, outre le système municipal, l'Église était la seule organisation au Québec dont les ramifications s'étendaient à tout le territoire. Elle disposait d'infrastructures imposantes et d'un personnel nombreux fortement hiérarchisé qui pouvait relayer à l'ensemble de la population le message hygiéniste. Pour l'organisme central d'hygiène, dépourvu d'entités administratives locales sous son contrôle avant les débuts des unités sanitaires en 1926, c'étaient là des atouts appréciables. Aussi chercha-t-il à obtenir l'appui du clergé et y parvint-il pour diverses tâches. À partir de 1912, par exemple, les curés des paroisses furent appelés à distribuer aux mères, lors de chaque baptême, une brochure du CHPQ intitulée *Sauvons nos petits enfants* qui fut par la suite rééditée plusieurs fois. Confier cette tâche aux curés comportait plus

d'un avantage : sur l'ensemble du territoire québécois, ils étaient les seuls à rencontrer systématiquement les mères peu de temps après la naissance, au moment le plus propice pour livrer des recommandations de cet ordre. De plus, leur autorité morale auprès de la population contribuait à assurer que la brochure serait prise en considération. Le clergé allait par la suite participer à bien d'autres mesures.

Les motivations des hommes politiques, des membres de la bourgeoisie d'affaires et du clergé n'étaient pas les mêmes. On pouvait diverger d'opinion sur les modalités ou même brandir l'hygiène comme arme dans des conflits qui ne relevaient pas de la santé. Par exemple, à Trois-Rivières au début des années 1920, certains membres du clergé et leurs alliés accentuèrent leurs pressions sur les entreprises papetières qui refusaient de mettre un terme au travail dominical, dénonçant la pollution dont elles étaient responsables et réclamant l'intervention de l'organisme central d'hygiène. Ce qui importe ici est que de telles récupérations du discours hygiéniste à des fins non exclusivement sanitaires montrent bien que l'hygiène publique acquérait une charge symbolique et une légitimité non négligeables.

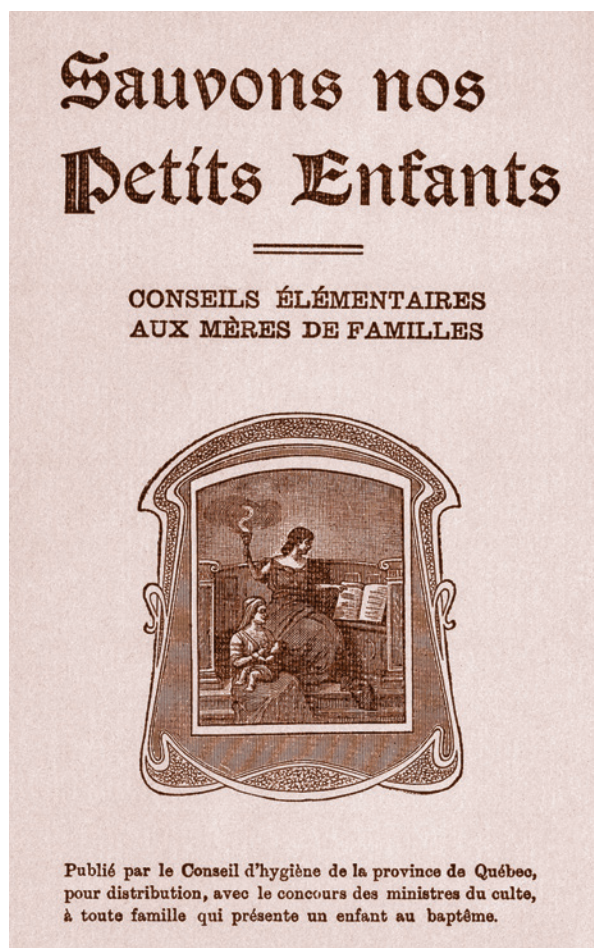
Des groupes aux préoccupations parfois très éloignées ont donc accepté, après la Première Guerre mondiale, d'appuyer des mesures d'hygiène publique. Cela montre bien que ses promoteurs étaient parvenus à rallier en bonne partie les élites au Québec. Un certain consensus avait été atteint quant à la nécessité d'améliorer la santé de la population par les moyens qu'ils préconisaient.

Le recrutement d'un personnel nombreux et diversifié

L'application des mesures d'hygiène publique reposa sur le travail de multiples intervenants. Le nombre de personnes actives dans ce secteur, difficile à évaluer vu la variété des organismes concernés, crût de toute évidence rapidement. En 1948, le ministère de la Santé du Québec et le Service de santé de la ville de Montréal employaient ensemble environ 1 500 personnes. Pareil recrutement de personnel ne pouvait que stimuler la diffusion de l'idéal hygiéniste.

La conception et l'exécution de certaines tâches nécessitaient des connaissances scientifiques et techniques précises. L'hygiène publique acquit droit de cité dans les écoles de médecine québécoises (Desrosiers, Gaumer et Keel, 1989 ; Gaucher, 1979). Les compétences des ingénieurs furent également requises pour les grands travaux publics d'assainissement. Il semble que, dans un premier temps, les autorités locales aient été portées à confier ces travaux à des ingénieurs qui n'avaient pas reçu de formation spécifique pour les ouvrages sanitaires. On devait par la suite recourir à des firmes spécialisées. À Trois-Rivières par exemple, la complexité des problèmes techniques de l'approvisionnement en eau rendit pareil recours incontournable dès les années 1910. Le rythme de ces transformations demeure mal connu. On sait que le CHPQ s'adjoignit des ingénieurs sanitaires consultants à partir de 1899. L'un de ceux-ci, Richard Smith Lea, un ingénieur de renommée internationale qui dirigeait une firme spécialisée dans les ouvrages sanitaires, devint en 1906 l'un des rares membres non médecins du Conseil.

Le même phénomène de spécialisation est perceptible pour d'autres professions. Les besoins d'une police sanitaire pour veiller au respect des lois et des règlements d'hygiène se fit rapidement sentir. Des employés furent chargés par les municipalités d'inspecter les aliments, les bâtiments et les terrains, de surveiller et de désinfecter les maisons « placardées » dont l'accès était interdit à la population... Au début, la plupart n'avaient pas de formation particulière. Dans bien des municipalités, en fait, les premiers inspecteurs sanitaires furent les constables. On les remplaça par des vétérinaires ou des employés qui, bien souvent, n'avaient pas de compétences spécifiques, et enfin par des inspecteurs jouissant d'une formation spécialisée. Au sein de l'organisme central d'hygiène, on s'accorda dès le début sur le besoin de confier



SENSIBILISER LES MÈRES.
Québec (province), Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Sauvons nos petits enfants. Conseils élémentaires aux mères de famille*, entre 1912 et 1921.

LE SERVICE DE SANTÉ DOIT VOUS PRÉSERVER DE LA MALADIE



l'inspection à un personnel qui avait acquis certaines connaissances. Les inspecteurs de son service général d'inspection étaient tous des médecins hygiénistes. Ceux qui travaillaient dans les unités sanitaires créées à partir de 1926 devaient suivre des cours avant d'être autorisés à entreprendre leur travail.

Le CHPQ ressentit très tôt le besoin de s'adjoindre des services de laboratoire afin de seconder le travail de ses inspecteurs et de ses ingénieurs sanitaires, des municipalités et des médecins, ce qui entraîna l'embauche et la formation d'un personnel spécialisé. Les laboratoires de chimie et de bactériologie ouverts durant la décennie 1890-1900 ne comptèrent d'abord que très peu d'employés, mais leur nombre augmenta graduellement avec la multiplication des analyses. Jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale, les analyses chimiques et bactériologiques d'échantillons d'eau furent les plus nombreuses. Puis les analyses sanguines se multiplièrent et l'aide aux médecins pour les diagnostics occupa une place toujours plus grande. Durant la Seconde Guerre enfin, des efforts renouvelés pour dépister les cas de maladies vénériennes se traduisirent par une croissance rapide du travail effectué au laboratoire de sérologie.

PRÉVENIR ET TRAQUER LA MALADIE.

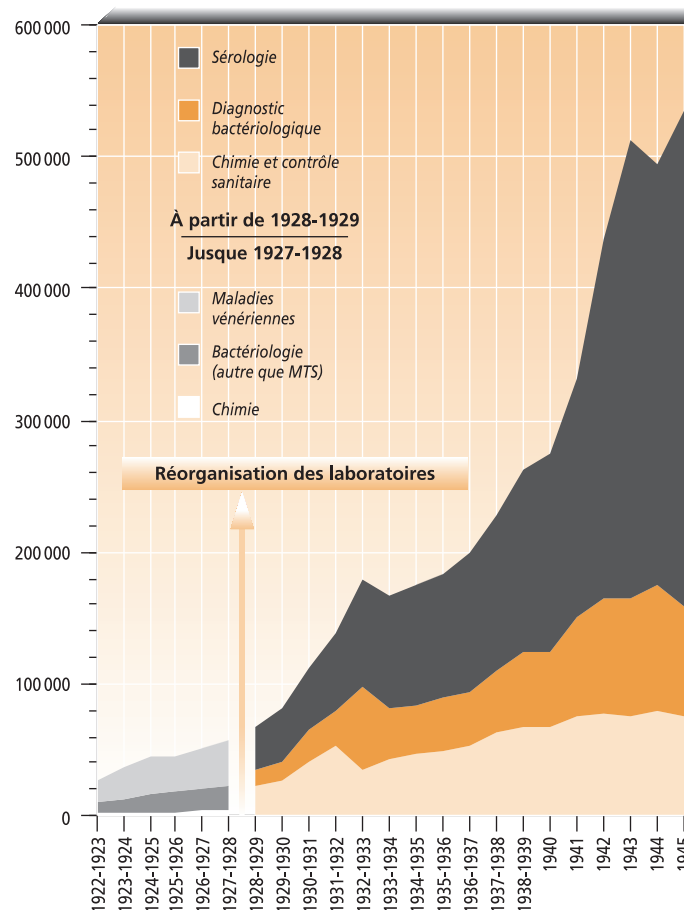
Québec (province),
Service provincial
d'hygiène, *Principes
d'hygiène*, 1923.

UN LABORATOIRE DU
MINISTÈRE
DE LA SANTÉ EN 1943,
ET ANALYSE DU LAIT,
RECHERCHE
DU COLIBACILLE.
Archives nationales
du Québec, Direction
de l'Ouest du Québec,
Fonds de l'Office
du film du Québec.

Diverses tâches furent confiées à des infirmières. Ce phénomène s'amplifia après la Première Guerre mondiale avec l'ouverture de nombreuses cliniques de maternité, de puériculture et de lutte antituberculeuse. Les infirmières « visiteuses » constituent une figure de tout premier plan dans les grands programmes de médecine préventive de l'entre-deux-guerres. De l'avis même des hygiénistes, elles en étaient le fer de lance, le meilleur agent de propagation des idées hygiénistes. Elles pénétraient dans les foyers, y multipliaient les conseils et les recommandations, dont celui de fréquenter les dispensaires et de consulter le médecin.

FIGURE 5

Nombre d'analyses effectuées dans les laboratoires de l'organisme central d'hygiène, 1923-1945



Source : Rapports annuels du Service provincial d'hygiène et du ministère de la Santé, années concernées.



Dans un premier temps, les infirmières des services d'hygiène publique n'avaient pas de formation élaborée dans ce domaine : les cours étaient donnés dans les hôpitaux et visaient essentiellement à répondre aux besoins de la médecine hospitalière. C'est pour régler ce problème que l'École d'hygiène sociale ouvrit ses portes à l'Université de Montréal en 1925. Une bonne partie des diplômées de cette école allaient toutefois choisir de travailler pour des entreprises d'assurance-vie qui offraient des services d'aide et d'éducation hygiénique à leur clientèle. Au Service de santé de la municipalité de Montréal (Cohen et Gélinas, 1989), où une première infirmière avait été engagée dès 1901, elles étaient 186 en 1948, dont 83 infirmières hygiénistes. Quant aux unités sanitaires, elles employaient alors pas moins de 261 infirmières qui travaillaient sous l'autorité de 70 médecins, sans compter les 120 infirmières en poste dans les régions de colonisation.

Enfin, plusieurs tâches ne requéraient pas une formation spécifique au domaine sanitaire. Tout un personnel de bureau se greffa au personnel de terrain au fur et à mesure que les activités prirent de l'ampleur et que l'improvisation plus ou moins libre des débuts laissa place à un travail concerté, planifié, et à une certaine rigueur administrative. Ainsi, chaque unité sanitaire implantée à partir des années 1920 comportait une secrétaire en plus du médecin directeur, de l'inspecteur et d'une (ou plus d'une) infirmière visiteuse. Par ailleurs, la construction et l'entretien des grands ouvrages sanitaires furent l'occasion de contrats pour les entrepreneurs et les fournisseurs de matériaux ; ils procurèrent de l'emploi à de nombreux travailleurs.

L'implantation des services d'hygiène publique au Québec mobilisa les énergies, les ressources et les compétences d'individus provenant de toutes les couches sociales. Les milieux politiques et d'affaires, le clergé, certaines professions libérales, divers métiers spécialisés, les travailleurs de la construction et les « cols blancs » furent mis à contribution. Comme on le verra, ils furent aussi nombreux, par moments, à opposer une résistance aux réformes en matière d'hygiène publique.



Implanter une gestion à l'échelle de tout le territoire québécois

Dès la création du CHPQ, ses dirigeants élaborèrent un cadre législatif et réglementaire qui définissait nombre d'obligations pour les individus en général, les médecins et les autorités municipales. Ils entreprirent alors de le faire respecter sur tout le territoire du Québec, à l'aide de ressources d'abord nettement insuffisantes.



L'INFIRMIÈRE
VISITEUSE, UNE ALLIÉE
INDISPENSABLE
Québec (province),
Service provincial
d'hygiène, *Principes
d'hygiène*, 1923.

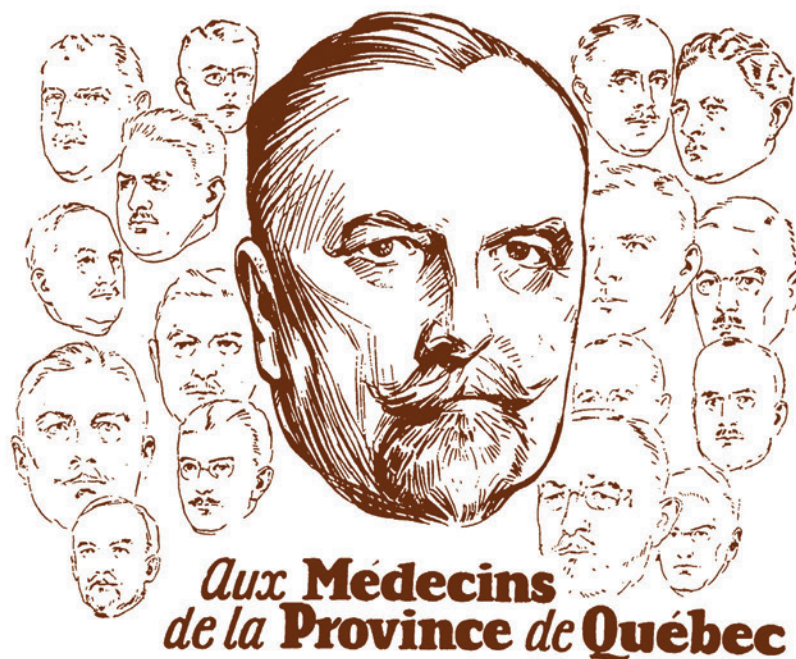
Le rôle éminent de la municipalité de 1888 à 1918

Un mode de gestion uniforme pour l'ensemble des localités fut d'abord adopté. Il revenait aux municipalités de voir au respect des lois et des règlements établis pour le Québec, sous la supervision du CHPQ. Sur avis de ce dernier, les municipalités devaient organiser un « bureau » d'hygiène et en confier la direction à un « officier de santé », préférablement un médecin.

Le choix des municipalités comme relais locaux s'imposait à plus d'un titre. À l'exception des marges non organisées, elles quadrillaient l'ensemble du territoire. Du fait de la législation antérieure, elles étaient déjà responsables du bien-être de leurs citoyens. La loi d'hygiène ajoutait à cette responsabilité des obligations précises. De plus, une portion considérable des nouvelles mesures touchaient des domaines d'intervention où les municipalités étaient directement concernées : la voirie — par les grands travaux sanitaires d'aqueduc et d'égouts — ; les marchés publics — pour le contrôle de la qualité des aliments — ; la réglementation de la construction; la salubrité des lieux publics. Enfin, les montants modestes dévolus par l'État québécois à l'hygiène publique ne permettaient absolument pas au CHPQ d'établir ses propres agences locales. Autant de raisons qui justifiaient amplement qu'on appuie la gestion de l'hygiène publique sur les administrations publiques en place.

Cette délégation de responsabilités aux municipalités s'avéra un échec pour une bonne part. Elle n'était pas adaptée aux particularités de la distribution de la population sur le territoire québécois. En effet, une majeure partie de la population habitait encore les campagnes et les nombreux villages. L'étalement, voire la dispersion en maints endroits, pesait sur l'organisation du système municipal, car une telle situation encourageait la multiplication des administrations locales de petite taille. À cela s'ajoutait le problème des régions dites non organisées, c'est-à-dire dépourvues de municipalités, caractérisées par de vastes étendues abritant des populations clairsemées, en général des territoires de colonisation ou d'exploitation des ressources naturelles.

Dans la plupart des municipalités, la faible population rendait difficile, voire illusoire, la formation de services locaux efficaces. Très rapidement, il apparut que bon nombre d'entre elles se refusaient à recruter le personnel requis. Souvent, il ne s'y trouvait aucune personne compétente pour assurer la direction d'un service sanitaire. Le médecin, lorsqu'il y en avait, pouvait être invité à exercer cette fonction. Encore fallait-il qu'il accepte de consacrer une partie de son temps à une tâche peu ou pas rémunérée. Dans les petites localités, il fallait aussi que le médecin du lieu soit un partisan de l'hygiène publique. Or, d'après les dirigeants du CHPQ, beaucoup de médecins n'y étaient pas favorables et s'en faisaient même



VOUS tenez entre vos mains, grâce à votre expérience et votre savoir, la santé et l'avenir de la province de Québec. C'est donc à vous qu'incombe la responsabilité du succès ou de l'insuccès de la campagne contre la tuberculose et la mortalité infantile.

RESPONSABILISER
LES MÉDECINS.

L'Écho du St-Maurice,
28-1-1926, p. 2.

les ennemis. Il est vrai que tout un volet de la lutte contre les maladies infectieuses, bien que défini par une élite médicale, était mal accueilli par nombre de praticiens : celui des mesures à prendre pour endiguer la propagation des maladies transmissibles par contact direct. Une majorité de médecins refusèrent de se soumettre à l'obligation de déclarer aux autorités sanitaires les cas de certaines maladies contagieuses. Durant l'entre-deux-guerres encore, certains allaient s'opposer à l'établissement de dispensaires qui offraient des services gratuits de consultation aux groupes à faible revenu, même si le Service provincial d'hygiène cherchait un meilleur appui de leur part.

Les municipalités les plus peuplées, pour autant que leurs dirigeants y soient disposés, étaient en mesure de se doter d'une organisation de santé convenable. Au moment de la formation du CHPQ, le Québec comptait deux grandes concentrations de population, à Montréal et à Québec. À Montréal, les autorités mirent sur pied un service de santé municipal qui employait un personnel de plus en plus nombreux et qualifié. En 1948, ce service formait une organisation assez complexe composée de plusieurs divisions administratives, que seule une municipalité qui bénéficiait de revenus élevés pouvait supporter. Mais cette situation n'avait été atteinte qu'après bien des hésitations : une enquête effectuée en 1928 n'avait-elle pas conclu à une nette insuffisance des services de santé montréalais ?

Les autres centres urbains étaient de dimensions beaucoup plus modestes. En général, les dirigeants municipaux tardèrent à s'y acquitter pleinement du rôle que leur avait confié la loi d'hygiène publique. Ils hésitèrent à rehausser les dépenses de ce poste et souvent, c'est au prix de fortes pressions qu'ils y consentirent. Durant une première période allant de 1888 à 1918 environ, le CHPQ dut user de tout l'arsenal mis à sa disposition par le législateur pour amener les municipalités urbaines à se soumettre à la politique établie,

avec un succès mitigé. Dans le cas de l'alimentation en eau, il y parvint tout de même après que le gouvernement lui eût accordé en 1915 des pouvoirs plus étendus pour contraindre les municipalités à se doter d'un système d'approvisionnement jugé sécuritaire.

L'inertie de nombre de municipalités de toutes tailles s'explique aussi par les résistances que suscitaient les prétentions hygiénistes au sein de la population. Les mesures d'isolement et de désinfection, vu leur sévérité et leurs conséquences, demeurèrent peu populaires. L'imposition de nouvelles normes de construction déplut à bien des propriétaires de maisons ou de logements. Chez les agriculteurs, un mécontentement s'exprima devant les nouvelles exigences relatives à la production, à la conservation et à la vente des aliments, lesquelles paraissaient favoriser les marchands des villes à leur détriment. De plus, la population n'avait-elle pas lieu de craindre une hausse des coûts alimentaires reliée à l'adoption de méthodes plus hygiéniques, certes, mais qui nécessitaient des déboursés supérieurs ?

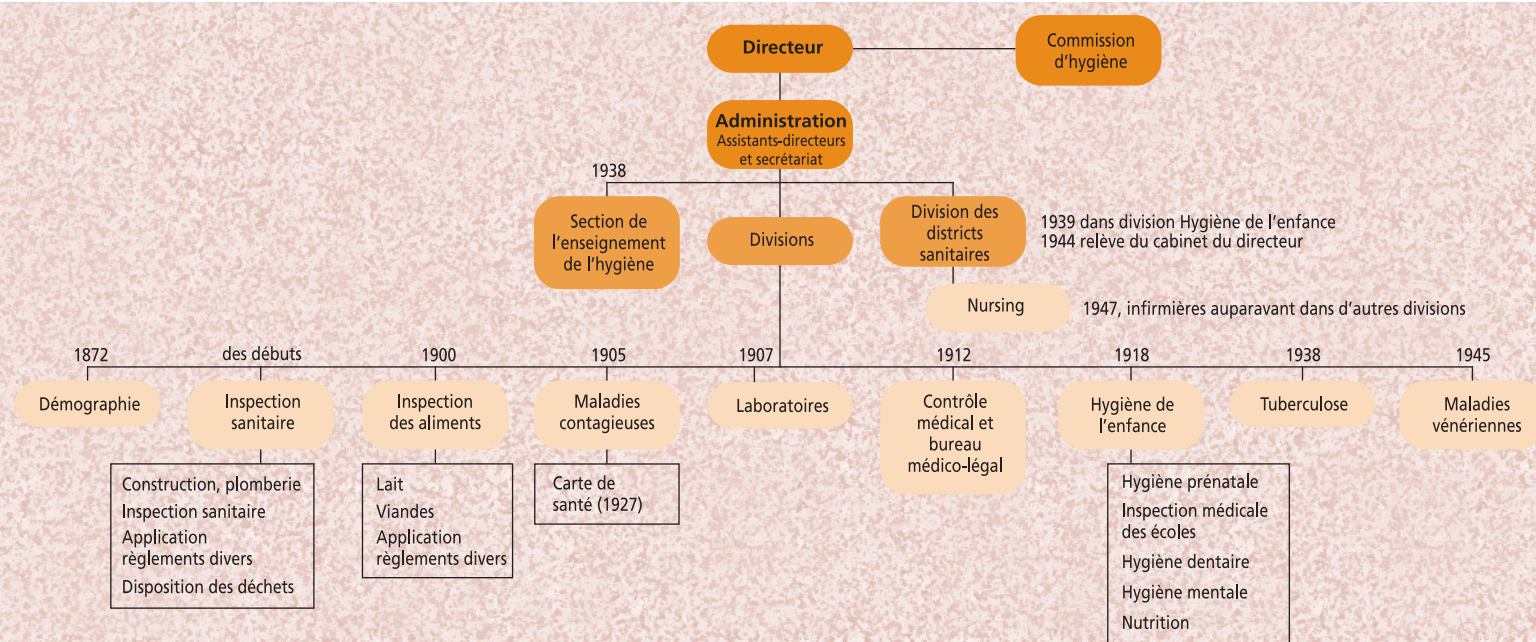
Bref, la promotion de l'hygiène bousculait les façons de faire traditionnelles et occasionnait des désagréments parfois importants. Dans bien des cas, les édiles municipaux demeurèrent vraisemblablement hésitants à affronter le ressentiment populaire par rapport aux mesures les moins bien acceptées. Sans doute peu convaincus eux-mêmes de l'importance de ces mesures, bon nombre se montrèrent tièdes partisans de l'hygiène publique.

Une surveillance ardue avant l'entre-deux-guerres

Un problème de taille guettait le CHPQ dans ses rapports avec les municipalités du Québec dont le nombre dépassait 1 100 en 1909 : celui de la surveillance du travail effectué. Les moyens dont disposait le CHPQ à cette fin paraissent dans un premier temps tout à fait dérisoires. Ses dirigeants, aux prises avec le manque de collaboration des autorités locales, réclamèrent du gouvernement les moyens d'assurer un encadrement plus serré. Par étapes, ils y parvinrent en partie.

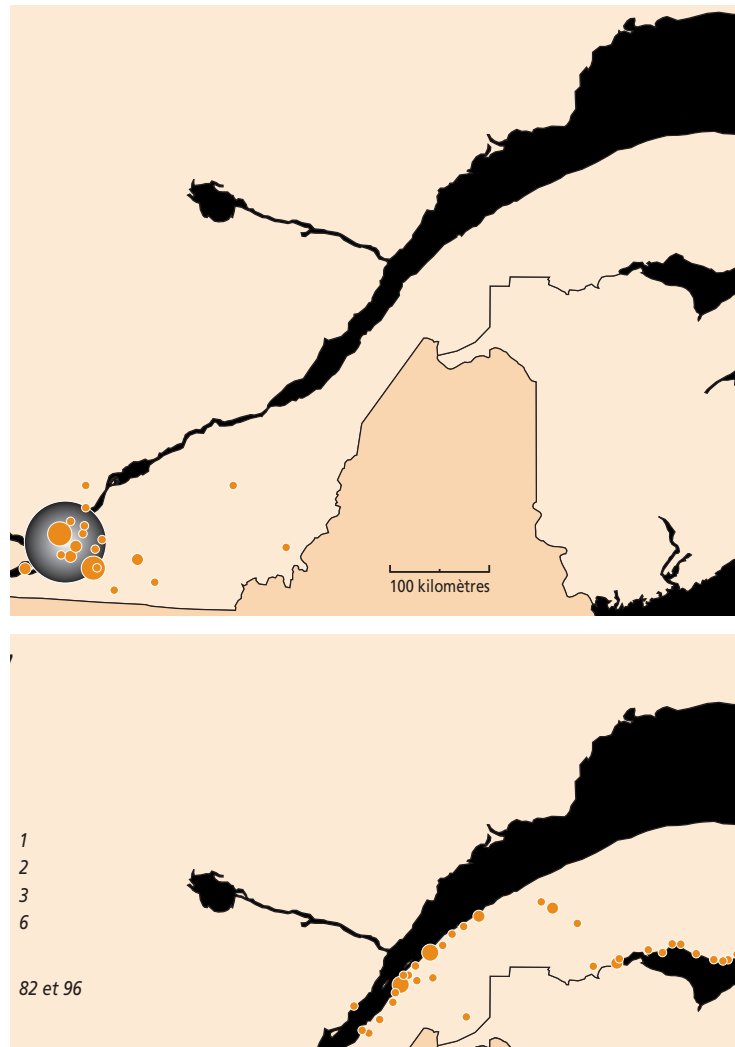
Avant la décennie 1910-1920, un seul inspecteur (parfois deux) fut chargé des visites sur tout le territoire. Son mandat était très large : inspection des systèmes d'aqueduc et d'égouts, de l'emplacement des cimetières et d'autres sources potentielles de problèmes, suivi des mesures prises lors des éclosions d'épidémies. Il lui était évidemment impossible de couvrir l'ensemble des localités. Durant les cinq premières années, il limita ses inspections à la région montréalaise et aux Cantons de l'Est. Il parvint tout de même durant les cinq années suivantes à étendre considérablement son champ de travail. Mais certaines régions lui échappèrent à peu près complètement (le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Outaouais, par exemple). De plus, sur les 154 localités visitées hors de l'île de Montréal, 109 ne le furent qu'une seule fois. Par ailleurs, en 1901 et 1902, les inspections concernant la variole accaparèrent l'inspecteur au point de limiter considérablement le temps qu'il pouvait consacrer aux inspections régulières.

FIGURE 6
Le Service de santé de Montréal, organisation en 1948



Source : Québec (province), *Enquête sur les services de santé, 1948*.
Tome IV, *Services de santé municipaux*, p. 25-141.

Nombre de visites de l'inspecteur du Conseil d'hygiène durant les dix premières années d'inspection, par localité



Source : Archives nationales du Québec, Centre d'archives de Québec et de Chaudière-Appalaches, Fonds du Conseil d'hygiène de la province de Québec, Rapports d'inspections et décisions du Conseil, 1888-1897.

La création en 1909 du Service du génie sanitaire déchargea l'inspecteur d'hygiène de la surveillance des systèmes d'aqueduc et d'égouts. Ce service était constitué d'un personnel tout aussi restreint, mais dont le mandat était plus étroitement circonscrit. Puis, en 1913, on organisa le Service d'inspection régionale qui devait permettre de mieux suivre le travail sanitaire effectué par chaque municipalité. Le Québec fut divisé en dix districts sanitaires, couverts chacun par un médecin hygiéniste ayant sous sa responsabilité en moyenne 125 municipalités. Pareille organisation avait été mise à l'épreuve vers 1902 lors d'une épidémie de variole alors que le CHPQ avait obtenu la permission d'engager pendant cinq semaines des médecins chargés chacun d'un district sanitaire. L'implantation du service d'inspection régionale s'avéra d'abord incomplète. Le nombre de médecins spécialisés en hygiène publique demeurait peu élevé malgré la création de programmes en hygiène publique dans les facultés de médecine québécoises. Ce qui n'étonne guère dans la mesure où la rémunération offerte par le gouvernement était largement inférieure à celle des médecins en pratique privée. Qui plus est, certains inspecteurs régionaux servirent sous les drapeaux durant la Première Guerre mondiale. Ils ne furent pas remplacés.

Après la guerre, la surveillance des municipalités devint plus étroite à l'échelle du territoire québécois. Mais déjà, les responsables sanitaires provinciaux avaient en tête des projets qui allaient retirer à la plupart des municipalités la gestion de l'hygiène publique.

La prise en charge par l'État québécois durant l'entre-deux-guerres

Qu'il s'agisse des grandes orientations ou des moyens mis en œuvre, la fin de la Première Guerre mondiale marque un tournant pour l'hygiène publique au Québec. Le phénomène le plus marquant est sans doute l'impact de la nouvelle hygiène publique (ou *New Public Health*), un courant américain qui inspira les responsables sanitaires québécois. À travers de nouveaux programmes, ils firent passer au premier plan la médecine préventive et l'éducation populaire. Sauf dans quelques centres urbains, ces programmes allaient être confiés à d'autres intervenants que les municipalités.

Le CHPQ, puis le SPH créé en 1922, firent d'abord appel à des organismes privés qui œuvraient en milieu urbain, dont on finança en partie les activités. Ainsi, le premier grand programme de médecine préventive lancé en 1920 par l'État québécois à l'instigation du gouvernement fédéral reposait sur des ententes négociées avec les hôpitaux¹⁰. Comme de nombreux hôpitaux appartenaient au clergé, sa collaboration fut souvent requise et obtenue. Des dispensaires antivénériens furent créés dans de nombreuses villes. Pour obtenir les fonds publics, ils devaient se plier aux règles de fonctionnement établies par les gouvernements fédéral et provincial. Par ce pro-

gramme conjoint, le gouvernement fédéral, qui s'était doté en 1919 d'un ministère de la Santé, entraînait dans un champ d'intervention que l'Acte constitutionnel de 1867 avait, pour l'essentiel, réservé aux provinces : celui de la santé.

Un autre grand programme de médecine préventive allait suivre, celui de la lutte à la tuberculose et à la mortalité infantile. Dans plusieurs villes, des cliniques antituberculeuses, de puériculture et de maternité furent établies. Outre le dépistage des cas de diverses maladies, les cliniques visaient l'éducation sanitaire de la population. Dès les débuts du mouvement hygiéniste au Québec, on avait insisté sur l'importance de répandre les notions d'hygiène dans toutes les couches de la société. Une opinion publique bien préparée, croyait-on, constituerait un terrain propice à l'adoption de diverses mesures. Mieux, elle pousserait les dirigeants à agir. Tous les moyens de communication disponibles furent mis à contribution : les conférences publiques, l'enseignement dans les écoles, la distribution de brochures, les affiches, la presse. À partir des années 1920, l'éventail s'élargit, avec la présentation de films, l'impression de calendriers d'hygiène et de cartes postales... Plus important encore, les cliniques eurent recours à des infirmières qui livraient leurs enseignements à domicile.

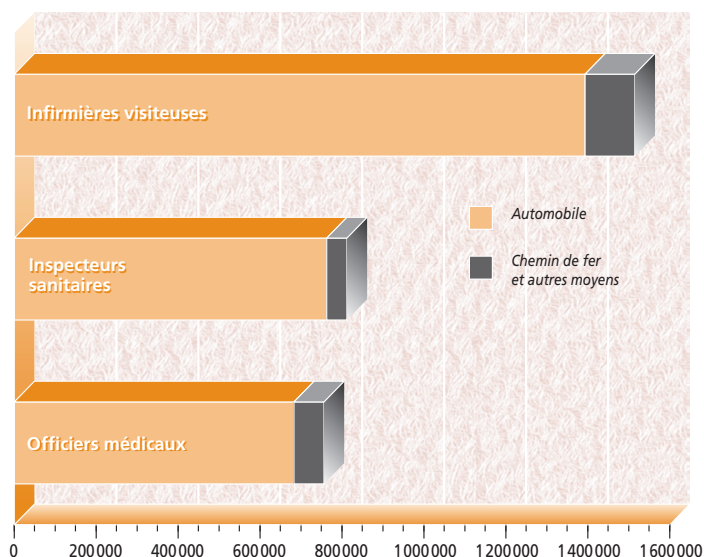
TUBERCULOSE



En général, la direction de ces cliniques fut confiée à des organismes philanthropiques. À Montréal cependant, en plus du réseau de cliniques « gouttes de lait » établi par des organisations paroissiales, la municipalité mit elle-même sur pied plusieurs centres d'hygiène. À d'autres endroits, comme à Trois-Rivières, le SPH poussa les élites locales à créer l'organisme privé qui allait prendre en charge les cliniques. La mise en œuvre des programmes était donc confiée généralement à des organisations locales indépendantes du SPH, qui pouvait toutefois, en tant que bailleur de fonds, exiger le respect de certaines normes. Cette formule ne pouvait évidemment être appliquée que dans les centres urbains en mesure

FIGURE 8

Distance parcourue par les employés des unités sanitaires en 1945 (kilomètres)



Source : (Québec) Province, ministère de la Santé et du Bien-être social, Troisième rapport du ministère de la Santé pour les années 1944, 1945 et 1946, 1948, p 19.

UN VASTE DISPOSITIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE.
L'Écho du St-Maurice, 19-3-1925, p. 2.

de soutenir pareils organismes. Il était cependant entendu que les dispensaires antivénériens et antituberculeux avaient une vocation régionale et qu'ils couvraient d'autres populations que celle de la municipalité d'implantation. Mais c'était là une couverture plutôt passive qui ne répondait pas aux objectifs de diffusion générale de l'information d'hygiène. Les populations rurales demeuraient peu touchées.

À partir de 1926, le SPH implanta, cette fois sous son autorité directe, un réseau d'unités sanitaires (Desrosiers, Gaumer et Keel, 1991). Il voulait par là régler le problème de la distribution des services dans les populations des petites agglomérations (milieu rural et dit « semi-urbain »). Chaque unité desservait en principe l'ensemble des localités comprises dans un ou quelques « comtés ». Son personnel, appelé à se déplacer fréquemment, allait disposer d'une automobile. Graduellement, le réseau des unités sanitaires s'étendit à la majeure partie du territoire québécois, opérant l'uniformisation des mesures d'hygiène publique. En effet, les différentes unités sanitaires obéissaient aux mêmes principes de fonctionnement : elles disposaient chacune d'un personnel semblablement organisé et appliquaient les mêmes programmes conçus par l'organisme central.

Enfin, des modalités d'intervention adaptées aux territoires non organisés furent définies. En 1901, un responsable d'hygiène pouvait y être nommé sous l'autorité directe du CHPQ. En 1915, un amendement à la Loi d'hygiène autorisa le CHPQ à obliger les entreprises forestières, minières et de grands travaux (de chemin de fer, par exemple) à utiliser les services d'un médecin. Puis, à partir de 1934, le SPH put nommer des inspecteurs chargés spécifiquement de surveiller ces endroits. Avec le mouvement de retour à la terre durant la crise des années 1930, le problème des piètres conditions sanitaires dans les régions de colonisation s'aggrava ou attira plus l'attention. Ces régions étaient pratiquement dépourvues de médecins et de tout personnel spécialisé dans les soins de santé. Le ministère y dépêcha des infirmières qui élurent résidence dans des dispensaires (Daigle, Rousseau et Saillant, 1993). Elles furent autorisées, exceptionnellement, à offrir des services qui ailleurs relevaient du médecin (consultations, prescriptions, accouchements...). Par la suite, en 1943, une division du service médical aux colons fut créée pour administrer les mesures spéciales prévues pour ces régions.

À partir des années 1920, la gestion de l'hygiène publique fut donc adaptée aux particularités de la distribution de la population sur le territoire. Certains programmes visèrent le milieu urbain, d'autres, le milieu rural, d'autres enfin, les régions les moins densément peuplées. Petit à petit, selon les moyens que l'État leur concéda, les responsables sanitaires parvinrent à étendre les mesures d'hygiène publique depuis les principales agglomérations jusqu'aux marges éloignées du territoire. L'appareil étatique mis en place

par étapes depuis la fin du XIX^e siècle en vint ainsi à véhiculer à l'ensemble de la population québécoise les prescriptions de la médecine quant à l'hygiène. Les gains en influence des médecins au sein de la société empruntèrent également d'autres voies, comme le montrera l'examen des transformations du dispositif hospitalier.

2. L'HÔPITAL INVESTI ET TRANSFORMÉ PAR LA MÉDECINE

C'est à partir des dernières décennies du XIX^e siècle que se nouent pour une bonne part les liens, aujourd'hui inextricables au Québec, entre l'hôpital et la médecine. Non que l'hôpital ait été auparavant dépourvu de médecins — chaque établissement était visité régulièrement par un ou des praticiens qui offraient leurs soins aux malades —, mais il s'agissait là, précisément, de visites, généralement gratuites durant le XIX^e. Dans la première moitié du XX^e siècle, l'hôpital devient graduellement le lieu de travail privilégié des médecins. Pour cela, on lui fera subir tout un ensemble de transformations qui répondent à leurs exigences professionnelles. À l'ancienne fonction de refuge et de soins donnés principalement aux démunis, le processus de médicalisation de l'hôpital substituera celle de centre curatif ouvert à la population en général.

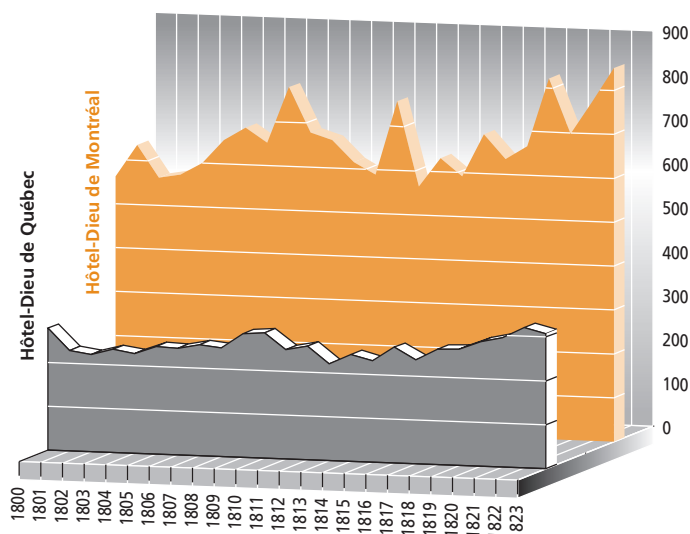
La lecture comparée des monographies récentes d'hôpitaux montre que la médicalisation de l'hôpital a gagné l'ensemble du territoire québécois selon des rythmes différenciés : l'hôpital Notre-Dame de Montréal et l'Hôtel-Dieu de Québec, hôpitaux universitaires, ont précédé dans cette voie des établissements régionaux comme l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi et l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières (Goulet, Hudon et Keel, 1993 ; Rousseau, 1989 ; 1994 ; Perron, 1984 ; Guérard, 1993). Ces monographies mettent également en lumière les perceptions des différents intervenants dans les transformations de l'hôpital — politiciens, gens d'Église, médecins, infirmières, directeurs de grandes entreprises, patients même — et les stratégies qu'ils ont mises en œuvre pour défendre leurs intérêts. C'est à travers le jeu complexe de leurs interactions que la médecine s'est progressivement taillé une place privilégiée au sein du dispositif hospitalier québécois¹¹.

Une médecine hospitalière peu développée avant 1870

Durant les deux premiers tiers du XIX^e siècle, les infrastructures hospitalières et l'organisation interne de l'hôpital connaissent une lente évolution au Québec : des établissements réservés à des clientèles particulières apparaissent, la profession médicale accroît sa présence et son influence... On peut percevoir les premiers signes du remarquable développement ultérieur de la médecine hospitalière.

FIGURE 9

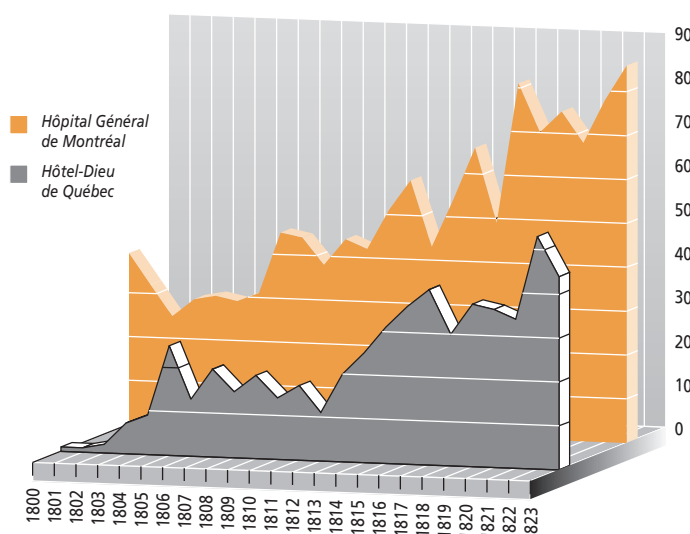
Malades reçus aux hôtels-Dieu de Montréal et de Québec, 1800-1823



Source : « Rapport du Comité spécial, nommé pour s'enquérir et faire rapport sur les Établissements dans cette province [...] », *Journaux du Conseil législatif, Bas-Canada*, 1824, Appendice n°1.

FIGURE 10

Enfants trouvés à la charge de l'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital Général de Montréal, 1800-1823



Un dispositif hospitalier modeste au début du XIX^e siècle

En 1800, le Québec compte en tout et pour tout cinq établissements hospitaliers, tous créés au XVII^e siècle : les hôtels-Dieu de Québec, de Montréal et de Trois-Rivières, dédiés surtout au soin des malades, et les hôpitaux généraux de Montréal et de Québec utilisés principalement comme lieux de refuge ou d'enfermement de clientèles démunies. La plupart de ces établissements avaient plus d'une fonction. L'Hôtel-Dieu de Québec, en plus de s'occuper des malades, devint en 1801 responsable d'enfants mis en nourrice aux frais du gouvernement. À Trois-Rivières, l'Hôtel-Dieu ajoutait la garde des insensés. Les hôtels-Dieu accueilleraient annuellement un volume de clientèle restreint qui demeura relativement stationnaire de 1800 à 1823. Par exemple, le nombre moyen de malades présents quotidiennement à l'Hôtel-Dieu de Québec ne dépassait pas la vingtaine.

Ces établissements, propriété de communautés religieuses qui en assuraient la gestion et fournissaient la majeure part du personnel, vivaient au début du siècle de revenus provenant de sources diverses : exploitation de leurs biens fonciers, gains sur des placements, dons... Sous le Régime français au XVIII^e siècle, ils avaient obtenu de fréquentes gratifications royales, mais depuis la Conquête en 1760, ils n'avaient reçu qu'occasionnellement leur part des deniers publics. Les autorités du Bas-Canada allaient cependant reconnaître la responsabilité de l'État dans le financement des soins donnés à certaines catégories de la clientèle hospitalière. Elles inaugurèrent en 1801 une politique de subventions annuelles, régulièrement reconduite par la suite.

Le soutien de l'État visait le travail effectué auprès des aliénés, des enfants abandonnés, des infirmes, des invalides et des malades indigents, parfois le paiement d'équipements ou de travaux d'agrandissement. Après deux décennies de hausse des dépenses, les autorités chargèrent un comité de faire enquête et d'émettre des recommandations susceptibles de juguler une progression considérée comme alarmante. Les principales mesures proposées dans le rapport déposé en 1824 — par exemple la cessation des subventions accordées pour les enfants trouvés dont le nombre augmentait rapidement — ne furent pas adoptées et les montants distribués continuèrent leur ascension.

L'apparition des hôpitaux spécialisés

Vers 1820, le dispositif hospitalier bas-canadien demeurait sensiblement le même qu'au début du siècle. Il était cependant soumis à des pressions de plus en plus fortes causées par l'arrivée de nombreux immigrants et la croissance soutenue de la population. Le besoin de nouveaux établissements réservés à des clientèles particulières se faisait nettement sentir à Montréal et à Québec.

Les premiers hôpitaux spécialisés, destinés aux marins ou aux immigrants malades, pour beaucoup sans résidence fixe au Canada, furent créés durant les années 1810. L'évolution de la socio-économie québécoise rendait pressante l'organisation permanente de services d'hôpitaux près des ports de Québec et de Montréal. Ces derniers étaient devenus d'importants lieux de transit de personnes et de marchandises et ils occupaient de nombreux travailleurs. Or, le chargement et le déchargement des marchandises, encore très peu sécuritaires, multipliaient les accidents et les blessures. En outre, il fallait compter avec les fréquentes épidémies parmi les équipages et les passagers des vaisseaux. On craignait qu'ils puissent transmettre leurs maladies aux habitants. Comme les hôtels-Dieu étaient devenus réticents à admettre les malades atteints de fièvres, les autorités se trouvaient contraintes d'ouvrir des établissements pour les accueillir. La plupart furent créés en périodes d'épidémies et fermés sitôt le danger passé. Les autorités en vinrent toutefois

à établir des hôpitaux permanents, comme l'Hôpital des émigrés de Québec (vers 1820) et l'Hôpital de la Marine qui prit la relève en 1834. Ce dernier fut financé à l'aide d'une taxe imposée aux navires.

D'autres établissements spécialisés apparurent à partir des années 1840. Ceux qui allaient recueillir les aveugles, les sourds et les muets indigents s'apparentent plus à des hospices qu'à des hôpitaux. Pour accueillir les « filles-mères » de milieu défavorisé, des maternités furent ouvertes, de même que des crèches pour leurs enfants. Des dispensaires aussi furent créés où les pauvres pouvaient consulter un médecin, recevoir des traitements et des médicaments gratuitement. Tous, on le voit, accueillaient une clientèle le plus souvent démunie. À ce titre, ils s'inscrivaient dans la lignée de la tradition caritative des établissements hospitaliers. Ils répondaient toutefois aussi à des besoins nouveaux. À Québec et à Montréal, des problèmes, qui, dans les agglomérations de taille moindre, auraient été résolus en recourant à l'entraide familiale et de voisinage, requéraient d'autres solutions. Des études récentes ont souligné que les villes québécoises du XIX^e siècle n'étaient pas dénuées de réseaux d'entraide fondés sur des solidarités ethniques, familiales ou villageoises, mais elles concentraient les démunis dans un brassage incessant de populations qui laissait sans soutien de nombreux laissés-pour-compte.

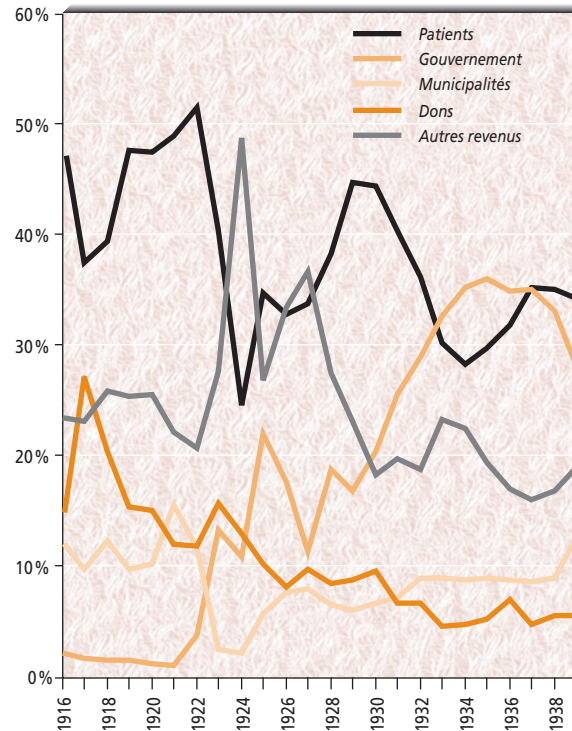
La médecine raffermir sa position dans l'hôpital

D'autres changements en milieu hospitalier sont reliés à l'évolution de la médecine et à la professionnalisation du corps médical. Une partie des médecins sont animés d'un intérêt renouvelé pour les hôpitaux et cherchent à y amplifier leur influence. À l'Hôtel-Dieu de Québec, par exemple, lors de la construction d'un nouvel hôpital en 1825, ils obtiennent un meilleur contrôle sur le traitement des malades, sur les ordonnances et sur l'alimentation.

Le principal changement dans les rapports des médecins avec l'hôpital concerne l'enseignement de leur discipline. Pour assurer un enseignement clinique, les écoles de médecine créées au XIX^e siècle firent ouvrir les hôpitaux à leurs professeurs et étudiants. Les hôtels-Dieu de Québec et de Montréal, l'Hôpital de la Marine, le Montreal General Hospital, en fait tous les hôpitaux importants des deux grands centres urbains acceptèrent d'être associés aux écoles de médecine. Ajoutons que certaines maternités et dispensaires virent le jour à l'instigation de professeurs dans le but, notamment, d'y transmettre leur savoir. Un nouveau mode de rapports entre le médecin et l'hôpital se trouvait ainsi dessiné. Après avoir longtemps offert ses services dans des établissements dont l'organisation lui échappait, le médecin en devenait un usager privilégié dans des conditions mieux adaptées aux exigences de sa profession.

FIGURE 11

**Les sources de revenus des hôpitaux,
des maternités et des crèches de 1916 à 1939
(en pourcentage)**



Sources : (Québec) Province, Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance [...]*, années 1916-1918. (Québec) Province, Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, *Statistiques des institutions d'assistance [...]*, 1919-1928. (Québec) Province, *Annuaire statistique*, années 1929-1939.

Pour les communautés religieuses qui dirigeaient les hôpitaux francophones, la passation d'ententes avec les écoles de médecine n'était pas sans susciter des inquiétudes. L'ordonnance traditionnelle du milieu hospitalier s'en trouvait bouleversée, ne serait-ce qu'en raison du va-et-vient de cohortes d'étudiants dans le sillage de professeurs, expliquant leurs diagnostics et discourant sur les mérites de telle ou telle thérapeutique. Les patients indigents, objets de compassion chez les religieuses, devenaient aussi sujets d'étude et de palabres pour la science. Devaient-elles craindre d'être entraînées à des concessions ultérieures aux médecins et aux facultés, peut-être même de perdre un jour le contrôle de leurs établissements ? C'est réticentes qu'elles s'engagèrent dans cette voie. Les ententes conclues avec les écoles de médecine comportent d'ailleurs une réglementation assez stricte des allées et venues des professeurs et des étudiants.

Malgré ces développements, il faut considérer qu'en 1861 la médecine hospitalière trouvait encore peu d'endroits où s'exercer au Québec. Les malades n'étaient d'ailleurs que rarement hospitalisés et les soins se donnaient préférentiellement à domicile, avec ou sans l'assistance d'un médecin. En règle générale, allaient à l'hôpital ceux qui ne pouvaient obtenir de leur entourage les soins requis. Les quelques hôpitaux des principaux centres offraient par conséquent un nombre restreint de lits. Le seul hôpital général (non spécialisé) francophone de Montréal, l'Hôtel-Dieu, venait de hausser sa capacité de 100 à 150 lits ; l'Hôtel-Dieu de Québec en comptait environ 80. Quant à celui de Trois-Rivières, avec ses 16 lits, il n'avait reçu que 129 patients en moyenne par année de 1857 à 1861. Le Montreal General Hospital et l'Hôpital de la Marine à Québec complétaient le tableau des principaux hôpitaux.

Dans l'ensemble, ces quelques établissements conservaient les traits caractéristiques de l'hôpital traditionnel. Ils recevaient et soignaient essentiellement une clientèle démunie dans de grandes salles communes que le médecin arpentait lors de ses visites, passant d'un lit à l'autre. Il fallut attendre jusqu'en 1871 pour que l'Hôtel-Dieu de Montréal inaugure ses deux premières chambres privées. Dans les décennies suivantes, les hôpitaux, leur clientèle et leur personnel allaient connaître des transformations profondes.

L'expansion rapide des infrastructures hospitalières après 1870

À partir de 1870 environ, le dispositif hospitalier croît à un rythme accéléré. Mis à part les établissements pour aliénés¹², le Québec compte 21 hôpitaux en 1881, près d'une quarantaine en 1901, plus de 80 en 1921 et environ 125 en 1931. Cela correspond à l'ajout, grosso modo, d'un hôpital par année durant les deux dernières décennies du XIX^e siècle, de deux hôpitaux durant les deux décennies suivantes, et de quatre durant les années 1920. L'évolution du nombre

de lits avant 1931, difficile à préciser, suit évidemment aussi une courbe ascendante. Cette année-là, d'après le recensement du Canada, le Québec en compte plus de 13 900 répartis dans 109 établissements, soit environ un lit pour 207 habitants¹³. À ces lits s'ajoutent ceux des neuf hôpitaux pour malades et déficients mentaux, lesquels accueillent 9 000 patients.

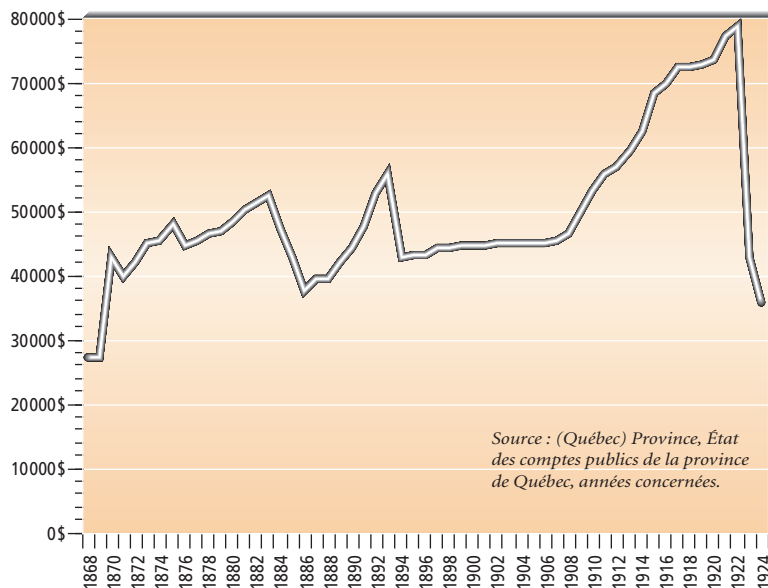
La hausse des besoins en lits d'hôpitaux

Plus d'un facteur expliquent cette rapide expansion des infrastructures hospitalières. En 50 ans, de 1881 à 1931, la population du Québec doubla, passant d'environ 1 359 000 habitants à plus de 2 874 000. Les besoins en lits d'hôpitaux s'en trouvaient fortement accrus. Durant la même période, le Québec s'urbanisait rapidement. Le développement du dispositif hospitalier, concomitant de l'urbanisation, en épousa le déploiement spatial : toutes les principales agglomérations accueillirent des hôpitaux pour desservir des clientèles locale et régionale. En cela, les implantations d'hôpitaux suivaient les concentrations de population.

La croissance des besoins en lits était aussi reliée à la modification des fonctions de l'hôpital sous la pression d'une médecine conquérante. De plus en plus souvent, l'hospitalisation devenait partie du traitement médical, surtout à partir de 1890 avec le formidable développement de la chirurgie, plus efficace et moins risquée grâce à l'usage de nouvelles techniques. On en vint à considérer l'univers hospitalier comme un lieu contrôlé conçu spécifiquement pour le rétablissement des patients, nettement préférable au domicile. L'image traditionnelle d'un havre pour les démunis, d'un dernier recours, s'estompa derrière une nouvelle représentation, celle du haut-lieu d'une médecine scientifique qui restaure les corps et les retourne à la vie active. Graduellement, la perception populaire du milieu hospitalier se modifia en ce sens et les patients de différentes couches sociales affluèrent.

FIGURE 12

**Dépenses du gouvernement provincial
pour les institutions de bienfaisance
(sauf hôpitaux pour malades et déficients mentaux),
1868-1924**



**Des transformations majeures
au financement des hôpitaux**

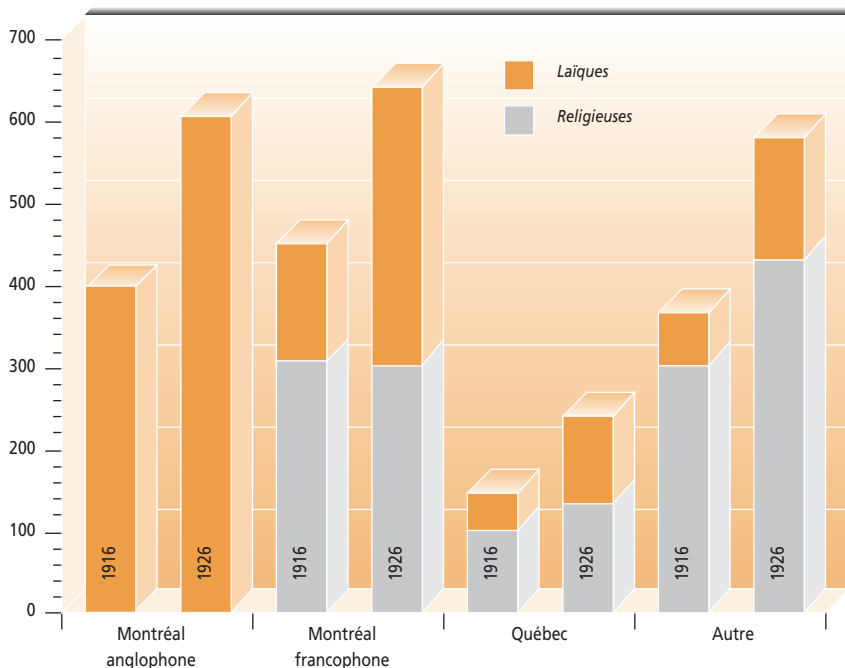
La médecine investissait progressivement l'hôpital. Elle réorganisait et spécialisait les espaces hospitaliers, elle exigeait un personnel plus qualifié et des équipements « modernes ». Toutes ces transformations nécessitaient des dépenses considérablement plus élevées qu'auparavant, ce qui allait entraîner des modifications substantielles aux modes de financement.

Le financement de l'expansion et de la transformation du dispositif hospitalier reposa en bonne partie sur la nouvelle clientèle que la médecine attirait à l'hôpital. Cette clientèle entendait être soignée ailleurs que dans les salles communes. On lui aménagea des chambres privées et semi-privées dont l'accès était payant. La part, dans les revenus hospitaliers, des sommes versées par les patients s'accrût rapidement et en vint à occuper la première place. Vers 1920, il semble qu'elle approchait les 50 %¹⁴. Quant à la part de la charité privée, certains hôpitaux anglophones exceptés, elle était d'ores et déjà plutôt mince vers la fin du XIX^e siècle et ne fera que décroître par la suite.

Une autre source de revenus, ceux qui provenaient de l'État, allait gagner considérablement en importance. Depuis l'introduction en 1801 d'un régime de subventions annuelles aux quelques institutions de bienfaisance, les gouvernements qui s'étaient succédés en étaient venus à soutenir toute une liste d'organisations caritatives, parmi lesquelles les hôpitaux dits publics, c'est-à-dire à but non lucratif et dont une partie de la clientèle ne payait pas son hospitalisation. Mais les montants accordés demeuraient peu élevés et ne constituaient pour bon nombre d'entre elles qu'une part marginale des revenus. De 1870 à 1910 environ, le montant global accordé aux institutions de bienfaisance se maintint généralement entre 40 000 \$ et 50 000 \$, l'État veillant à contenir la croissance de ces dépenses.

FIGURE 13

**Gardes-malades laïques et religieuses des hôpitaux publics
et des maternités, 1916 et 1926**



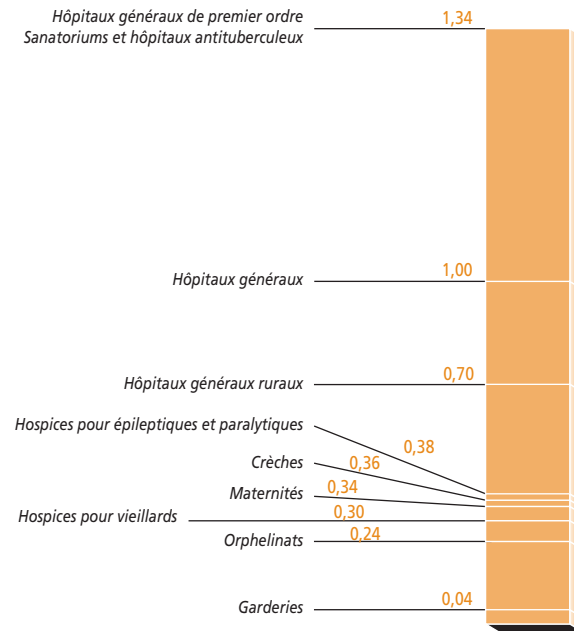
Sources : (Québec) province, Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance - année 1916, 1917, et Statistiques des institutions d'assistance (Hôpitaux d'aliénés, hôpitaux, hospices, sanatoria, etc) - pour l'année 1926, 1927.

Pendant que les dépenses publiques étaient maintenues relativement stables, les œuvres de toutes sortes se multipliaient, en réponse aux besoins accrus engendrés par l'urbanisation accélérée. Le nombre d'hôpitaux augmentait et leur transformation en lieux privilégiés de l'exercice de la médecine poussait à la hausse les coûts de fonctionnement. La nécessité de recourir de plus en plus à un personnel qualifié contribuait à gonfler substantiellement la masse salariale. Dans les hôpitaux francophones, les communautés religieuses pouvaient difficilement répondre aux nouveaux besoins infirmiers et durent se tourner vers l'embauche de laïques. Entre 1916 et 1926, le nombre de gardes-malades laïques crût rapidement dans les hôpitaux francophones.

Ces changements trouvèrent un premier écho dans le financement public lorsque, durant la décennie 1910-1920, les subventions gouvernementales amorcèrent un soudain mouvement à la hausse. La politique d'aide n'en était pas pour autant modifiée : il s'agissait encore d'octrois accordés à des institutions de bienfaisance sans que ne soient réellement pris en compte les besoins de chaque établissement.

FIGURE 14

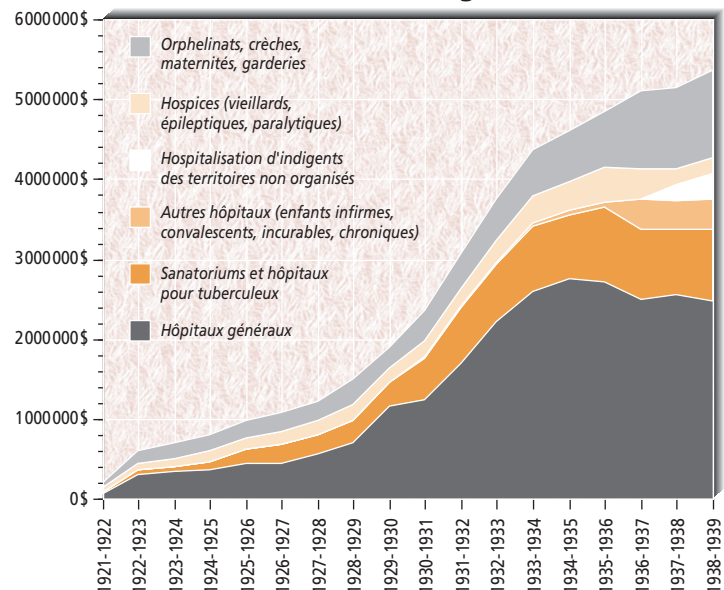
Tarifs journaliers accordés aux institutions d'assistance publique selon le type de services en 1927 (dollars)



Source : (Québec) Province, Rapport du directeur de l'assistance publique pour l'année 1927.

FIGURE 15

Dépenses de l'assistance publique pour l'hébergement et les soins donnés aux indigents, 1922-1939



Sources : (Québec) Province, Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance (...), 1921-1928. (Québec) Province, Annuaire statistique, années 1929-1939.

En 1921, finalement, avec la Loi de l'assistance publique¹⁵, l'État décidait d'augmenter substantiellement sa participation financière tout en modifiant les modes d'attribution des montants. Cette loi fut adoptée à la suite de représentations de médecins et d'administrations hospitalières montréalaises, lesquels se plaignaient que les hôpitaux étaient incapables à la fois de s'adapter aux exigences de la médecine moderne et de continuer à fournir gratuitement les soins aux démunis. L'État acceptait de financer une partie des coûts d'hospitalisation des indigents sur une base statutaire, d'après une grille de tarifs journaliers ventilée selon le type de services offerts. L'ampleur des subventions allait être enfin reliée au coût des activités de l'établissement. À cet égard, il est significatif de constater que les services les plus médicalisés, donc les plus coûteux, furent les mieux subventionnés : les grands hôpitaux généraux et les sanatoriums pour tuberculeux trônèrent au sommet de l'échelle tarifaire, laissant les premiers échelons aux orphelinats, aux crèches, aux maternités, aux hospices... Aussi, la majeure partie des fonds de l'assistance publique fut attribuée à l'hospitalisation des malades. Par la Loi de l'assistance publique, le gouvernement se donnait de plus les moyens de stimuler, à l'aide d'octrois ponctuels, la construction ou l'agrandissement d'établissements. Nul doute qu'on doit en bonne partie à l'application de cette loi la rapide expansion des infrastructures hospitalières durant la décennie 1920-1930.

Durant la crise des années 1930, les principales sources de revenus des hôpitaux furent considérablement minées. Les montants globaux versés par les patients diminuèrent de beaucoup. L'État, contraint d'investir massivement dans l'aide sociale hors établissement, cessa presque d'accorder des subventions pour de nouvelles constructions. Il chercha aussi à réduire sa contribution au financement des soins par divers moyens, après une hausse record durant les premières années de la crise. Malgré cela, pour quantité d'établissements, les subventions de l'assistance publique étaient devenues le principal revenu.

Au sortir de la crise, avec la reprise de l'emploi, les hospitalisés payants redevinrent plus nombreux. Toutefois, une partie importante de la population ni aisée ni admissible à l'assistance publique n'était toujours pas en mesure d'assumer les frais d'une hospitalisation. En partie pour solutionner ce problème, de vastes projets de prise en charge du domaine de la santé par l'État furent élaborés à Ottawa et à Québec durant les années de guerre, puis abandonnés. Après les hostilités, le gouvernement fédéral prit en 1948 l'initiative d'un ambitieux programme conjoint visant notamment à financer la construction d'hôpitaux, auquel s'associa le gouvernement du Québec¹⁶.

Un développement coordonné à l'échelle régionale

Jusqu'au tournant des années 1960, la croissance du dispositif hospitalier québécois échappe à toute planification globale. Sauf dans certains champs précis d'intervention, le gouvernement et les municipalités laissent entièrement au secteur privé la responsabilité d'établir et de gérer les hôpitaux. Ce qui ne signifie pas cependant que l'État québécois ait renoncé à toute idée d'en orienter le développement.

L'absence d'une planification d'ensemble

Avant l'application de la Loi de l'assistance publique, l'attribution de subventions était conçue comme une bonté de l'État et aucun contrôle n'était exercé sur l'usage des fonds publics dévolus aux hôpitaux. Les établissements étaient en principe tenus de faire rapport de leurs activités, mais ceux qui s'en absteinaient n'encouraient aucune sanction. Le plus souvent, les subventions des années précédentes étaient reconduites, de sorte que les établissements pouvaient recevoir le même montant sur de très longues périodes, sans égard au volume de leurs activités. La politique d'aide aux institutions de bienfaisance ne comportait en fait aucun programme de développement ou de modernisation.

À partir de 1921, l'État québécois se donna des outils lui permettant d'orienter en partie le développement hospitalier. Le financement des soins aux indigents arrondissait les revenus des établissements bénéficiaires, facilitait leur expansion et, fait capital, la transformation de leurs activités. Mais surtout, par ses subventions à la construction et à l'agrandissement des établissements, l'État était en mesure d'influencer l'évolution du dispositif hospitalier. Des sommes importantes furent mises à la disposition du service de l'assistance publique. Le directeur, un médecin, en assurait la distribution à sa guise, moyennant l'accord des plus hautes autorités politiques. Il manœuvra ce levier dans ses négociations avec les directions d'hôpitaux, les évêques et les communautés religieuses, de façon à obtenir que les ajouts et les transformations correspondent à certaines de ses attentes.

Il ne s'agit pas là, loin s'en faut, de la mise en œuvre d'une planification d'ensemble. Pour cela, il aurait fallu que l'État s'assurât d'un minimum de contrôle sur les décisions des hôpitaux, ou en prît charge. Il se cantonna dans un rôle souvent qualifié de supplétif, rôle qui, soulignons-le, présentait divers avantages aux yeux des contemporains. Les défenseurs d'un système hospitalier et d'aide sociale en milieu francophone dominé par le clergé n'avaient de cesse de rappeler les économies réalisées grâce au travail bénévole ou peu rémunéré des membres des communautés religieuses. Nul doute que les dirigeants politiques étaient sensibles à cet argument.

Des réformes accordant plus de pouvoirs à l'État auraient soulevé une forte opposition au Canada français. La réforme même de l'assistance publique fut vigoureusement combattue. Lorsqu'en 1931 le gouvernement soumit aux évêques un projet visant à réduire le contrôle du clergé et à augmenter celui de l'État dans le domaine de l'assistance publique, ils ne manquèrent pas de lui faire valoir qu'il en coûterait très cher à l'État si les communautés venaient à se retirer de ce champ. S'agissant des projets d'assurance maladie d'État caressés durant la guerre par le gouvernement libéral d'Adélard Godbout, ils supposaient une gestion centralisée et une standardisation des pratiques, donc l'obligation pour les établissements de

respecter les directives d'un organisme unique. Ils furent mis au rencart avec le retour de Maurice Duplessis au pouvoir en 1944.

Le contrôle régional du haut clergé et ses limites

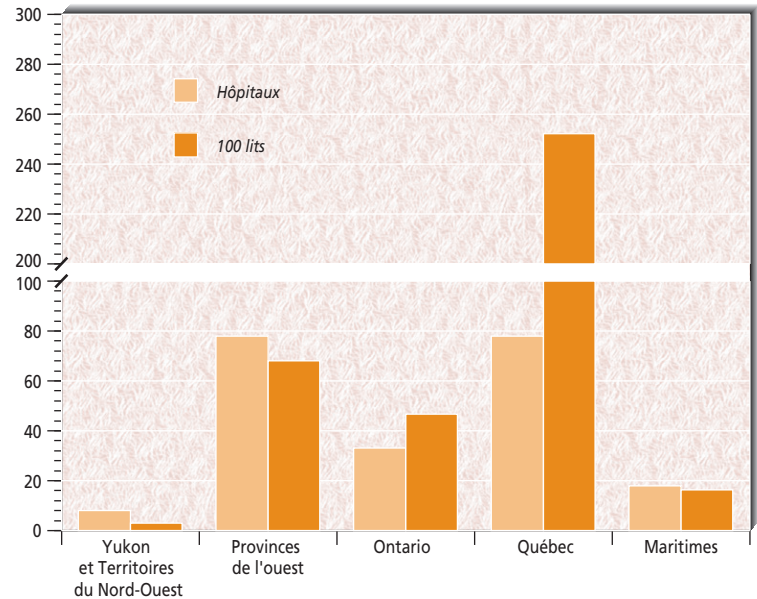
Pour le clergé, le dispositif hospitalier, au même titre que le réseau de l'éducation, représentait un vaste appareil d'encadrement social où, en sus du salut des corps, on veillait à celui des âmes. Le travail charitable des sœurs auprès d'une clientèle éprouvée par la maladie avait, entre autres fonctions, celle de renforcer le sentiment religieux. Autre avantage, le clergé se trouvait associé à une médecine scientifique dont le prestige ne cessait d'augmenter. Sa position dans l'hôpital lui permettait de surcroît de surveiller l'exercice de la médecine en imposant des règles d'éthique médicale conformes à la morale catholique¹⁷. Enfin, dans le paysage urbain, les hôpitaux, bâtiments souvent de vastes dimensions, impressionnaient plus que la rétine des observateurs : nouveaux temples de la médecine, ils symbolisaient aussi par une architecture imposante le rôle de premier plan joué par le clergé dans la société québécoise.

Dans une certaine mesure, l'activité hospitalière du clergé suppléait l'absence de coordination par l'État. Et on aurait tort de penser que le monde hospitalier évoluait uniquement dans l'improvisation des initiatives privées. Pour une bonne part en fait, l'organisation hospitalière reposait sur des bases régionales sous le contrôle des évêques catholiques. Ces derniers jouaient un rôle capital dans la création d'hôpitaux et d'hospices à vocation régionale ou diocésaine. Il revenait aux évêques de définir une politique de développement sur leurs territoires respectifs et d'avaliser les implantations avec le concours des communautés religieuses. Ce fut le cas un peu partout au Québec. En Gaspésie, à la suite de la formation du diocèse en 1922, l'évêque fut à l'origine de la création des principaux établissements. De même, les évêques de Chicoutimi, de Trois-Rivières, de Sherbrooke, de Saint-Hyacinthe intervinrent régulièrement.

Ce contrôle de l'épiscopat avait ses limites. En effet, d'autres intervenants eurent leur mot à dire, parmi lesquels les communautés religieuses propriétaires ou administratrices d'hôpitaux¹⁸. Certaines développèrent des organisations assez puissantes dont l'aire d'activité débordait largement le diocèse. Pour plusieurs, elle débordait même les frontières du Québec. En 1945, une majorité des hôpitaux catholiques du Canada tenus par des communautés religieuses étaient situés hors du Québec, où cependant ils concentraient près des deux tiers de leurs lits. Les deux communautés les plus importantes au Québec dans le secteur hospitalier, les Sœurs de la Charité de Québec et les Sœurs de la charité de la Providence de Montréal, ont peu à peu érigé de véritables empires. Elles se partageaient le territoire québécois selon une division est-ouest¹⁹.

FIGURE 16

Hôpitaux de toutes catégories et lits tenus par des communautés religieuses catholiques au Canada, 1945



Source : Marie de Ste-Alix, sœur, *Chronologie de l'établissement des hôpitaux canadiens tenus par des communautés religieuses 1639-1945*, Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada, Conférence de Québec, cahier n° 3, 1945.

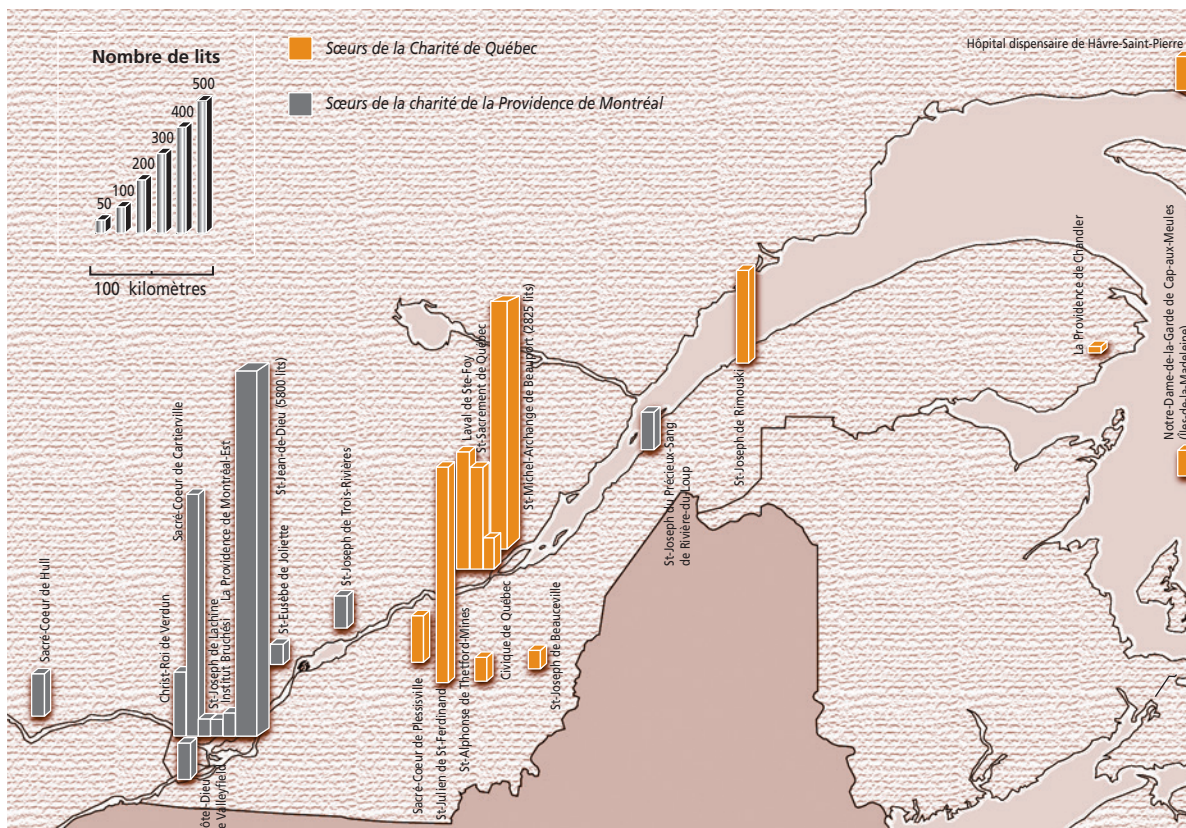
Les principales communautés, organisations transrégionales et même internationales, étaient dotées de leur propre logique de développement et elles n'étaient pas tenues de donner suite à toutes les recommandations de l'évêque local. Si les communautés s'efforçaient généralement de satisfaire les demandes des évêques, il leur arrivait également de faire à leur guise. À Trois-Rivières par exemple en 1925, les sœurs qui dirigeaient l'hôpital Saint-Joseph opposèrent une fin de non-recevoir à un projet de construction cher à l'évêque et adoptèrent un tout autre projet d'agrandissement.

À compter de 1921, les évêques et les communautés durent composer avec un autre acteur puissant : l'État. Il leur fallut bien tenir compte des exigences du Service de l'assistance publique (SAP) pour obtenir l'argent nécessaire aux nouvelles constructions. À Trois-Rivières encore, durant la seconde moitié des années 1920, un conflit opposa pendant quelques années l'évêque au SAP relativement à l'attribution d'une subvention pour l'érection d'un sanatorium. Le conflit se solda par la victoire du SAP.

Enfin, le haut clergé, malgré toute son influence, ne pouvait empêcher la mise sur pied d'hôpitaux privés par des laïcs. Généralement petits, ces hôpitaux n'en représentaient pas moins une concurrence susceptible d'attirer les patients argentés au détriment des hôpitaux contrôlés par le clergé.

FIGURE 17

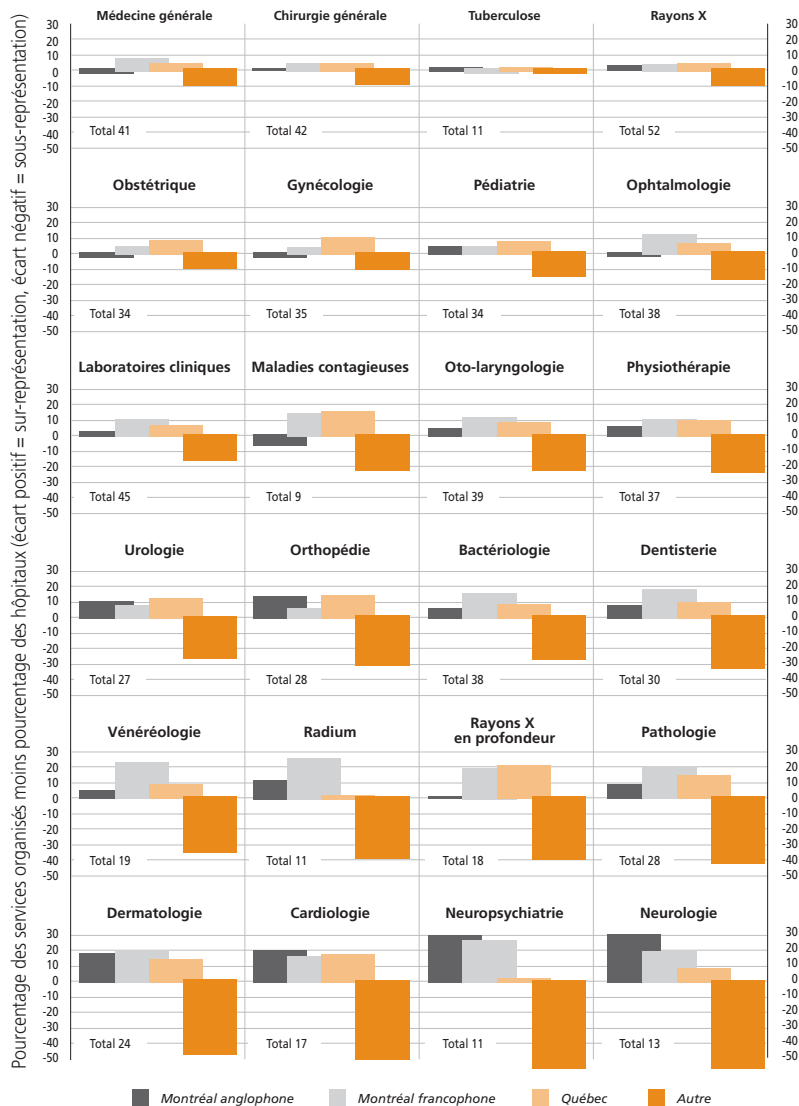
Hôpitaux tenus au Québec par les Sœurs de la charité de la Providence de Montréal et les Sœurs de la Charité de Québec en 1939



Sources : *Activités hospitalières des Sœurs de la Charité de la Providence (au Canada et en pays de mission)*, Montréal, Providence Maison-mère, 1937 ; Sœur Sainte-Blanche, *La charité en marche... L'Institut des Sœurs de la charité de Québec fondé en 1849. 1871-1896*, Québec, Maison-Mère des Sœurs de la Charité, 1948 ; (Canada) Dominion Bureau of Statistics, *A Directory of Hospitals in Canada 1939*, Ottawa, Edmond Cloutier, 1941.

FIGURE 18

**La répartition des services organisés dans les hôpitaux publics
en 1939 : île de Montréal, Québec, autres régions
(indice de représentation)**



Source : (Canada)
Dominion Bureau
of Statistics, A Directory
of Hospitals in Canada
1939, Ottawa, Edmond
Cloutier, 1941.

**Les sanatoriums antituberculeux :
un cas à part**

Quelques types d'établissements échappent au schéma d'organisation du développement que nous venons de présenter. C'est le cas particulièrement des hôpitaux antituberculeux et des hôpitaux pour malades mentaux.

Les sanatoriums antituberculeux en vinrent à former un réseau d'établissements distinct, dans l'organisation duquel l'État joua un rôle plus important. Certes, dans un premier temps, l'initiative fut laissée entièrement à l'entreprise privée, mais avec fort peu de succès. En 1910, d'après la Commission royale d'enquête sur la tuberculose, on ne disposait au Québec que de 180 lits réservés aux tuberculeux. Quelques établissements ouvrirent leurs portes durant la décennie, l'hôpital Laval par exemple à Sainte-Foy près de Québec. Mais le nombre de lits pour tuberculeux demeurait dérisoire eu égard aux conceptions médicales de l'époque. On affirmait, au début des années 1920, qu'il fallait un lit par décès dû à la tuberculose. Divers médecins réclamaient du gouvernement qu'il prenne les mesures nécessaires pour atteindre cet objectif.

Ce fut à l'aide des fonds de l'assistance publique que le gouvernement entreprit durant les années 1920 de stimuler la construction de sanatoriums et l'ajout de lits pour tuberculeux dans les hôpitaux existants. Par la suite, la part du gouvernement dans le financement non seulement de la construction, mais également de l'hospitalisation, allait s'avérer majeure. Il n'en faut pas moins attendre après la Seconde Guerre mondiale avant que le gouvernement dote toutes les régions d'un sanatorium et assure une réelle coordination de leur travail.

**Services hospitaliers et territoire :
les principaux clivages**

S'il n'obéissait pas à une direction centralisée, le développement du dispositif hospitalier subissait diverses influences : toute une série de facteurs sociaux, démographiques, économiques, politiques, ethniques, médicaux interagissaient pour lui conférer des formes particulières. La configuration spatiale des services est à cet égard révélatrice.

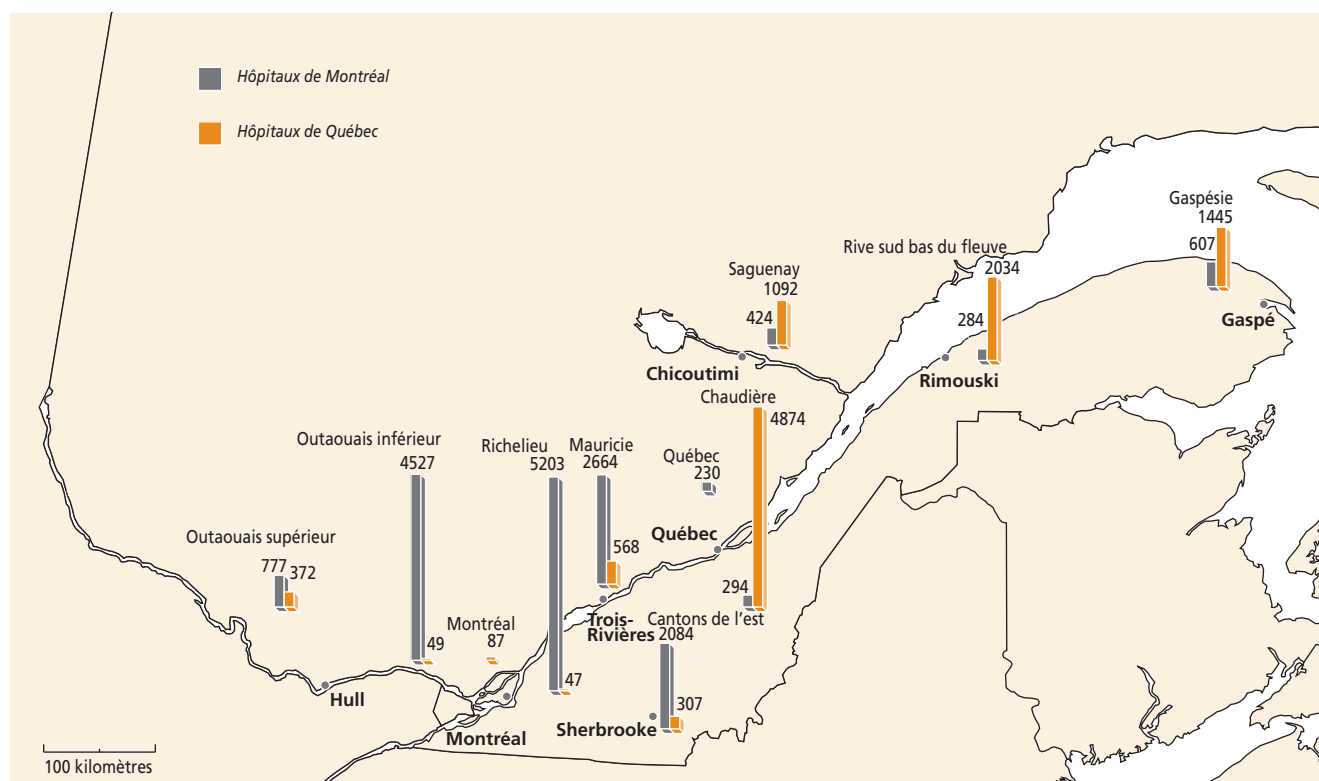
La répartition inégale des services

Comme on peut s'y attendre, les grands centres accueillirent la gamme la plus variée d'établissements. À Québec, mais surtout à Montréal, un processus de diversification et de spécialisation apparut très tôt. La quasi-totalité des petites maternités signalées dans les sources y furent établies. Ce fut le cas également des hôpitaux spécialisés en pédiatrie, dans les « maladies de femmes » ou dans le traitement du cancer. Certains requéraient l'usage de techniques de pointe qui exigeaient un personnel qualifié et des médecins spécialistes, plus faciles à trouver dans les grands centres près des écoles de médecine des universités.

L'éventail des services dits organisés dans les hôpitaux publics en 1939 montre de nettes différences entre les grands centres et les régions. Les services non spécialisés de médecine et de chirurgie générales, les départements de radiographie sont assez également répartis. Il en est de même pour l'obstétrique et la gynécologie, au moment où le Québec enregistre une hausse des naissances à l'hôpital. Par contre, les seuls établissements publics dotés de services organisés de neurologie (13) ou de neuropsychiatrie (11) sont situés sur l'île de Montréal et dans l'agglomération de Québec. On y trouve 16 des 17 hôpitaux dotés de services de cardiologie, et 22 des 24 services de dermatologie. Cela aide sans doute à expliquer que Québec et Montréal, l'un pour l'est du territoire québécois et l'autre pour l'ouest, drainent une clientèle extérieure nombreuse. Ils assument de ce fait un rôle central dans l'organisation hospitalière.

FIGURE 19

Aires de recrutement de la clientèle extérieure des hôpitaux de Montréal et de Québec, 1948



Source : (Québec) province, *Enquête sur les services de santé 1948*, Tome V, p. 330-335.

Les centres régionaux doivent pour la plupart se contenter d'hôpitaux généraux, exception faite des sanatoriums antituberculeux. Très peu nombreux encore en 1880, ces hôpitaux vont se multiplier au point qu'en 1939, environ 55 % des établissements de toutes catégories sont situés hors des deux principales agglomérations. Les hôpitaux régionaux sont plus petits que ceux des grands centres. Ils ne rassemblent que 36 % des lits et des berceaux, contre 52 % pour l'île de Montréal. Parfois, ils abritent également un hospice pour vieillards, prennent soin d'handicapés, d'incurables, d'enfants trouvés ou d'orphelins. En somme, ils cumulent diverses fonctions. Plusieurs hôpitaux généraux hors de Québec et de Montréal, comme l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, reçoivent des subventions de l'assistance publique dans plus d'une classe d'établissements. Ils perpétuent la tradition de polyvalence des anciens établissements hospitaliers.

Les hôpitaux pour malades mentaux et tuberculeux obéissent à une autre logique qui détermine leur situation à l'écart ou en périphérie des principales agglomérations. Différents arguments médicaux militaient en faveur de l'implantation des sanatoriums antituberculeux à l'extérieur des grands centres. La ville était considérée comme un milieu à la fois favorable à la propagation de la tuberculose et peu propice à la guérison, en raison des conditions de vie difficiles d'une proportion importante des citoyens, de la multiplicité des échanges interpersonnels et de l'air vicié. À l'opposé, la campagne ou les petits centres apparaissaient comme des lieux idéaux pour accueillir les sanatoriums ; ils représentaient en quelque sorte l'antithèse du milieu urbain. La qualité de l'air, par exemple, importait beaucoup pour des cures où l'on exposait le patient de longues heures à l'extérieur. À cela, il faut

ajouter les craintes de la population à l'égard d'établissements qui, près des habitations, paraissaient menaçants pour la contagion. L'implantation de l'hôpital Laval à Sainte-Foy en banlieue de Québec et du sanatorium Cooke de Trois-Rivières aux abords de l'agglomération obéissaient à ces impératifs.

La répartition inégale des services sur le territoire québécois est en partie attribuable à l'absence d'une politique globale de développement. À la fin des années 1940, une enquête sur les services de santé dénonça cette situation et invita le gouvernement à y remédier²⁰. Aussitôt, le gouvernement de Maurice Duplessis fit de la croissance du dispositif hospitalier dans toutes les régions du Québec le fer de lance de sa politique en matière de santé.

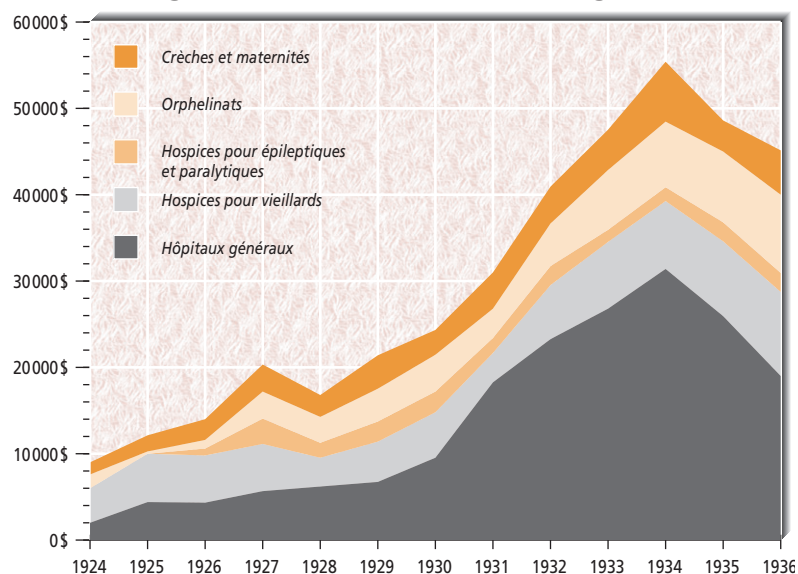
Deux systèmes linguistiques parallèles

Un fort clivage linguistique sépara l'organisation hospitalière québécoise en deux entités, francophone et anglophone, qui se constituèrent en parallèle. Chacune possédait ses caractéristiques propres et son mode d'inscription dans l'espace.

Les communautés anglophones de Québec (1867) et de Sherbrooke (1896) se dotèrent de leur hôpital général. Montréal, bien sûr, accueillit la majeure partie des établissements anglophones. Dès 1819, des philanthropes avaient établi le Montreal General Hospital qui allait être suivi de nombreux autres hôpitaux anglophones. Décalquant la répartition linguistique de la population montréalaise, ils investirent la partie ouest de l'île alors que presque tous les hôpitaux francophones s'établirent dans les parties est et nord. Même pour les hôpitaux spécialisés tels les sanatoriums antituberculeux, les maternités ou les hôpitaux pédiatriques, les deux principales communautés linguistiques se dotèrent de leurs éta-

FIGURE 20

**Subventions du service de l'assistance publique
à l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières pour
l'hébergement et les soins fournis aux indigents, 1924-1936**



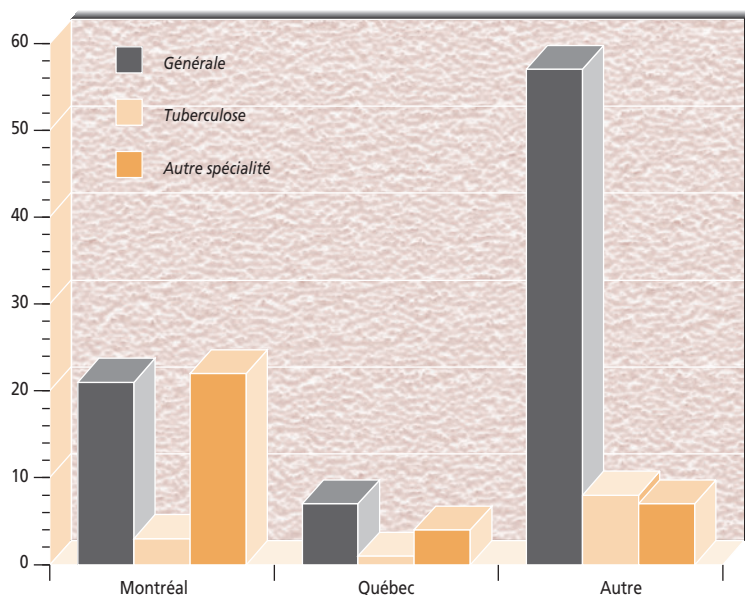
Source : Rapports annuels du Service de l'assistance publique de la province de Québec, années concernées.

blissements. Un exemple illustre de façon particulièrement éloquente la volonté partagée de part et d'autre d'offrir des services complets dans chaque langue : presque simultanément, un hôpital civique pour francophones et un pour anglophones furent organisés dans la décennie 1900-1910, tous deux financés par la municipalité. En 1931, le dédoublement de l'organisation hospitalière montréalaise était systématique pour tous les types d'hôpitaux²¹.

Par la propriété et la gestion, par le personnel (entièrement laïque chez les anglophones), par la clientèle, par leur financement (la part des dons dans les revenus était plus élevée chez les anglophones), par la part de la rémunération des employés dans les dépenses globales, les hôpitaux anglophones et francophones affichaient leur différence, très nette.

FIGURE 21

Hôpitaux selon leur vocation, 1939



Source : (Canada) Dominion Bureau of Statistics, *A Directory of Hospitals in Canada 1939*, 1941.

**La propriété des hôpitaux :
une diversité sous-estimée**

Il est habituel de présenter le système hospitalier d'avant 1960 comme relevant de l'initiative privée. La plupart des établissements appartenaient de fait à des organismes privés laïques ou à des communautés religieuses. L'examen de la propriété des hôpitaux révèle toutefois une diversité dont on a peu fait état à ce jour.

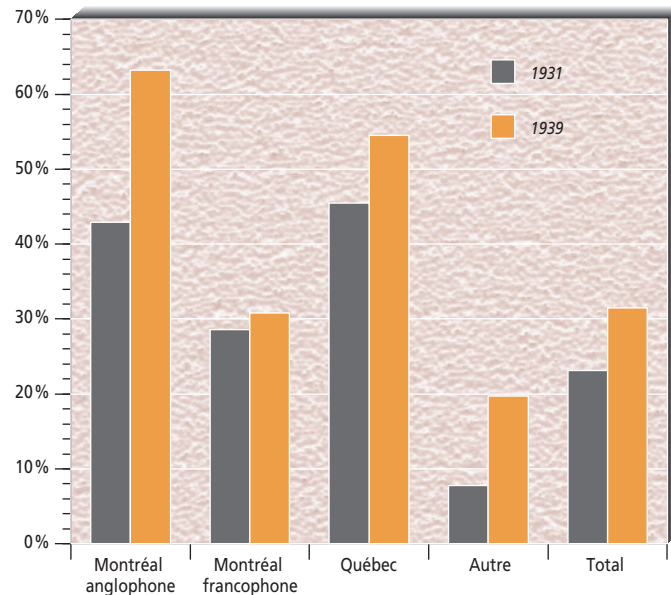
En 1931, les communautés religieuses dominaient du côté francophone avec 61 % des établissements et 66 % des lits. Elles contrôlaient 77 % des hôpitaux francophones hors des deux grandes agglomérations, six sur neuf à Québec, mais seulement cinq sur dix-neuf dans la métropole. Leur poids à Montréal était cependant un peu plus important que ne l'indiquent ces chiffres relatifs à la propriété, car certains, de propriété laïque, étaient en tout ou en partie régis par des communautés religieuses. Cinq des huit hôpitaux dans cette situation en 1931 étaient montréalais. C'était le cas par exemple de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, le premier à adopter ce mode de fonctionnement et souvent cité en exemple, ou de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal qui recevait des enfants.

Le poids considérable des communautés religieuses a eu pour effet de dissimuler aux yeux de divers observateurs la présence de nombreux hôpitaux laïques. Il est bien connu que les grands hôpitaux anglophones appartenaient à des organismes non religieux. Mais il y eut également, surtout à partir de 1910, création de nombreux petits hôpitaux laïques francophones et anglophones publics ou privés qui échappent encore en bonne partie aux investigations. Leur existence, dans bien des cas, fut éphémère. Ils concentraient leurs efforts sur certains types de services, ceux de maternité en particulier. Certains avaient fort bonne réputation et étaient semble-t-il fréquentés par une clientèle aisée. D'autres laissaient à désirer quant à la qualité de leur prestation, malgré les efforts du Collège des médecins et chirurgiens visant à obtenir du gouvernement une réglementation plus sévère à leur égard²². Plusieurs de ces établissements furent créés par des médecins. En région, ce fut parfois à la suite de conflits avec la direction religieuse d'un établissement. D'autres ouvrirent leur propre hôpital parce qu'ils n'avaient pas accès aux établissements en place.

Des entreprises étaient aussi propriétaires d'hôpitaux. Elles offraient à leurs employés et à leurs familles les services d'hospitalisation et de consultation externe. Leurs hôpitaux étaient établis dans de petites villes où elles étaient généralement le principal employeur. Plusieurs étaient dispersés à la périphérie des secteurs habités, là où existait une importante activité minière ou papetière. Des hôpitaux d'entreprises furent établis à Shawinigan (1908), à Grand-Mère (1921), à Clarke City (voisin de Sept-Îles, 1924), à Arvida (1927), à Asbestos (1929) et dans quelques petites localités (sur la Côte-Nord, en Outaouais). À

FIGURE 22

**Proportion d'hôpitaux approuvés
par l'American College of Surgeons, 1931 et 1939**



plusieurs endroits, les entreprises choisirent plutôt d'appuyer la création d'hôpitaux publics par le clergé en offrant une aide financière.

Pour des fonctions précises, il arrivait aussi que les pouvoirs publics prennent directement en charge des hôpitaux. Ainsi, les hôpitaux « civiques », voués à l'isolement des personnes atteintes de certaines maladies contagieuses, étaient généralement mis sur pied par les municipalités. La plupart, de dimensions fort modestes, souvent une maison louée pour l'occasion, étaient éphémères. Durant les retours périodiques de la variole et l'épidémie d'influenza de 1918, des hôpitaux civiques temporaires furent ainsi créés. Dans trois villes seulement, Montréal, Québec et Sherbrooke, des hôpitaux civiques permanents furent établis.

Bien qu'il soit devenu un important bailleur de fonds à partir de 1921, l'État québécois ne fut que très exceptionnellement propriétaire d'hôpitaux avant les réformes des années 1960 et 1970. Quant au gouvernement fédéral, il joua un rôle encore mal connu dans l'organisation hospitalière. L'acte confédéral de 1867 l'avait rendu responsable des questions touchant l'immigration et l'armée. Aussi avait-il sous sa juridiction les hôpitaux de quarantaine des immigrants, comme celui de la Grosse-Île en aval de Québec, de même que ceux qui étaient spécialement destinés aux soldats et aux anciens combattants. Là où il ne mettait pas sur pied de tels établissements, il s'entendait par contrat avec l'administration d'hôpitaux généraux ou spécialisés. Durant les deux conflits mondiaux, son activité dans le domaine hospitalier s'accrût considérablement, pour diminuer en temps de paix. Pendant la Première Guerre mondiale par exemple, il prit temporairement le contrôle de deux sanatoriums antituberculeux québécois et les agrandit considérablement. En 1917, le gouvernement fédéral ouvrit un hôpital à Sainte-Anne-de-Bellevue, sur l'île de Montréal. Trois ans plus tard, il offrait 460 lits d'hôpital général et 266 lits pour maladies mentales, ce qui en faisait l'un des plus imposants établissements du Québec.

L'influence grandissante de la médecine sur l'organisation de l'hôpital

Les médecins acquièrent graduellement plus de pouvoir dans l'hôpital, même si celui-ci demeura généralement sous l'autorité d'administrateurs non médicaux. Un peu partout, ils cherchèrent à obtenir la modernisation des équipements, l'ouverture de nouveaux services et des soins plus conformes aux avancées de la science médicale. Aussi intervinrent-ils fréquemment auprès de la direction des établissements.

L'ascendant des médecins dans l'hôpital

Les médecins se donnèrent un outil pour exercer des pressions : les « bureaux médicaux » formés du regroupement des médecins d'un établissement. Un peu plus de la moitié des hôpitaux publics étaient dotés d'un tel bureau en 1939. C'est en bonne partie par cette voie que les médecins desservants transmettaient à la direction leurs vœux et leurs revendications.

L'étude des rapports entre les bureaux médicaux et les autorités hospitalières reste à faire, ce qui permettrait notamment chez les francophones de mieux cerner l'évolution des positions respectives des médecins et des communautés, et la montée de l'influence des médecins sur l'organisation de l'hôpital. Quelques études de cas permettent toutefois de s'en faire une idée. Par exemple, à l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, les religieuses propriétaires cherchèrent dans un premier temps à contrôler le bureau médical créé en 1890. La directrice de l'hôpital assistait aux réunions du bureau, que présidait l'évêque du diocèse de Trois-Rivières. Ces réunions étaient par ailleurs peu fréquentes. Avec le temps, le bureau s'autonomisa et adressa nombre de revendications aux religieuses : création de nouveaux services médicaux par exemple, achat d'équipements « modernes », ou construction d'un nouvel hôpital qui répondrait mieux aux exigences de la médecine hospitalière.

Après la Première Guerre mondiale, de fortes pressions s'exercèrent aux États-Unis et au Canada en faveur de la constitution de bureaux médicaux, en particulier à travers le programme d'accréditation (*standardisation*) des hôpitaux de l'American College of Surgeons (ACS). Pour relever le niveau scientifique des hôpitaux, l'ACS allait décerner une approbation à ceux qui respecteraient certaines normes d'organisation. Aucune approbation n'était accordée sans la présence d'un bureau médical tenant régulièrement des assemblées. Cette approbation fut vivement recherchée par les autorités hospitalières : en garantissant

Sources : Recensement du Canada, 1931, et (Canada) Dominion Bureau of Statistics, A Directory of Hospitals in Canada 1939, 1941.

auprès de la population la qualité des services offerts, elle aidait à recruter une clientèle payante pour relever les revenus de l'hôpital. Durant les années 1930, les hôpitaux anglophones de Montréal et les hôpitaux de Québec jouissaient de l'approbation de l'ACS dans une proportion plus élevée que les établissements francophones montréalais et ceux des autres villes. Sans doute faut-il y voir la preuve d'une médicalisation plus avancée.

La direction des hôpitaux devait tenir compte, au moins en partie, des recommandations des médecins. On l'a vu, les sommes versées par les patients étaient devenues une source majeure de revenus à partir des premières décennies du XX^e siècle. Or, ces patients payants étaient dans bien des cas acheminés vers l'hôpital par les médecins qui, de ce fait, disposaient d'un argument de poids dans leurs demandes, particulièrement là où régnait une concurrence entre hôpitaux pour le recrutement de la clientèle. À Trois-Rivières, la communauté religieuse propriétaire du principal hôpital général de même que l'évêque prêtèrent une oreille plus attentive aux requêtes du « bureau médical » après qu'un médecin eût ouvert un petit hôpital concurrent en 1912 et ait obtenu de différentes entreprises locales que leurs employés blessés au travail y soient hospitalisés. À plus forte raison, pareille émulation devait jouer à Montréal où étaient concentrés une forte proportion des hôpitaux privés.

Dans le cas des hôpitaux francophones de la métropole tenus par des communautés religieuses, un autre puissant incitatif à la modernisation pouvait jouer : la crainte de voir la clientèle catholique prendre le chemin des établissements protestants dont la réputation scientifique était souvent meilleure. Or, diverses sources indiquent que bon nombre de catholiques se faisaient hospitaliser dans ces établissements. Lors d'une campagne de financement au milieu des années 1920, la direction des hôpitaux anglo-protestants de Montréal révéla que 31 % des malades qu'ils recevaient étaient catholiques (Dubé, 1928). Certains médecins francophones usèrent de cet argument pour exiger le développement plus rapide du dispositif hospitalier francophone. Ce fut le cas par exemple de l'influent Joseph-Edmond Dubé, qui se permit même de critiquer la tendance des principales communautés hospitalières québécoises à établir des hôpitaux ailleurs au Canada et aux États-Unis. Il argua que, par manque de lits, les Montréalais catholiques devaient se faire soigner dans des établissements protestants (Dubé, 1932). Il souligna aussi que ces derniers étaient mieux équipés. De plus en plus, le maintien des communautés religieuses à la tête des établissements allait devenir fonction de leur capacité à délivrer des services conformes aux exigences de la science médicale.

L'influence accrue des médecins dans l'hôpital reposait sur d'autres facteurs également. Le halo grandissant de prestige et d'honorabilité attaché aux sciences conférait aux revendications des médecins une légitimité qui en faisait des interlocuteurs de poids auprès des administrations d'hôpitaux. En continuant d'offrir leur soins gratuitement aux indigents, ils contribuaient à assurer une continuité à la tradition caritative chère aux groupes philanthropiques et aux communautés religieuses propriétaires. L'aide ainsi fournie non seulement aux indigents, mais aussi aux hôpitaux qui les accueillaient, commandait un certain respect.

Un personnel plus qualifié

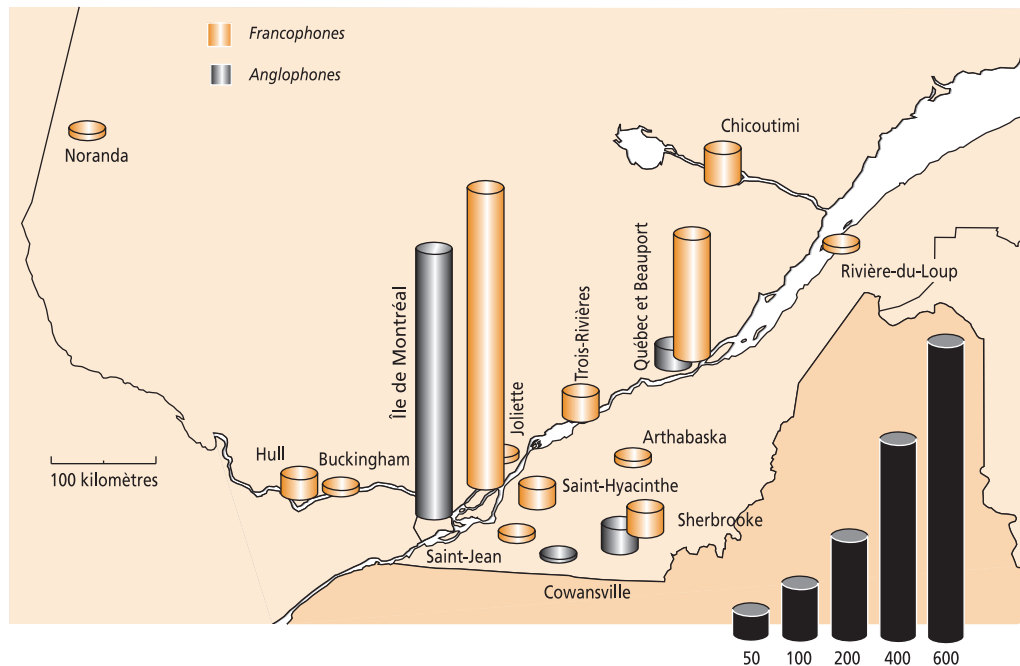
Un autre indice de la médicalisation du milieu hospitalier réside dans la présence aux côtés du médecin d'un personnel auxiliaire qualifié pour exécuter des tâches requérant une formation scientifique et technique.

Au XIX^e siècle, le soin des malades était confié aux religieuses et à des auxiliaires qui apprenaient le métier à peu près sans préparation théorique. Vers le tournant du siècle, les médecins d'hôpitaux se mirent à réclamer l'engagement d'un personnel infirmier spécialement formé pour les seconder auprès des malades. Comme ce personnel n'existait pas, il fallait créer des écoles. Les médecins pressèrent la direction des hôpitaux d'offrir une telle formation. Les premières écoles furent ouvertes dans des hôpitaux anglophones durant la décennie 1890-1900 — on compte huit écoles anglophones en 1900 pour une seule francophone —, puis, à compter du début du XX^e siècle, les principaux établissements francophones se dotèrent de leur école. D'après le recensement du Canada de 1931, pas moins de 42 écoles existaient au Québec. Elles accueillaient alors 1 795 élèves dont le tiers dans des écoles anglophones.

Dans un premier temps, le développement des écoles d'infirmières se fit sans aucune coordination²³. Les écoles étaient créées pour répondre à des besoins d'abord locaux, en fait le plus souvent ceux de l'hôpital même en personnel qualifié, ce qui aide à expliquer leur dispersion sur le territoire. Chaque hôpital décernait des diplômes-maison et le contenu des cours de même que la durée de la formation variaient d'une école à l'autre. Mais le besoin d'assurer une certaine uniformisation se fit sentir assez rapidement. La mobilité du personnel infirmier d'un établissement à l'autre exigeait que les diplômes décernés à un endroit soient reconnus ailleurs. De plus, les infirmières espéraient obtenir une reconnaissance de la spécificité de leurs compétences qui les distinguerait des autres employés. Pour cela, l'établissement de normes minimales d'enseignement s'avérait indispensable.

FIGURE 23

**Nombre d'élèves dans les écoles d'infirmières
anglophones et francophones en 1931**



Source : Recensement
du Canada, 1931.

L'uniformisation partielle des programmes s'effectua en bonne partie durant les années 1920. L'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec, incorporée en 1920, allait définir un cursus auquel nombre d'écoles adhèrent. Plusieurs aussi, à partir de la décennie 1920-1930, s'affilièrent aux facultés de médecine francophones qui établirent leur propre cursus. Les universités Laval et de Montréal se partagèrent le territoire québécois en deux entités est-ouest. Rapidement, la préparation et la correction des examens échappèrent aux écoles d'hôpitaux. Par contre, l'organisation et la direction des écoles allaient demeurer pour longtemps, au Québec comme dans le reste du Canada et aux États-Unis, le plus souvent sous la responsabilité des hôpitaux, et ce, même si des études recommandèrent d'intégrer cette formation dans le système général d'enseignement²⁴.

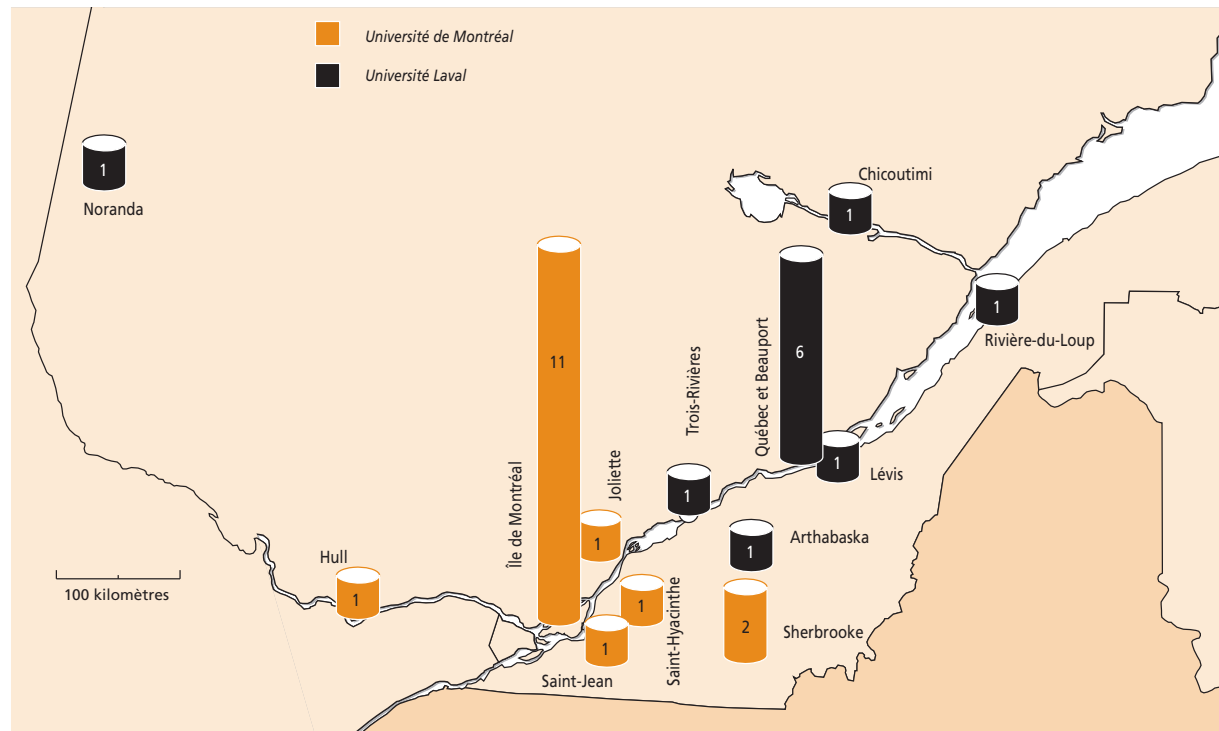
Le besoin d'un personnel spécialisé se fit sentir non seulement pour les soins directs aux malades, mais aussi pour l'exécution d'autres tâches, notamment le maniement d'appareils permettant au médecin d'établir ou de confirmer le diagnostic : travaux de laboratoire, radiographies... La composition même des repas allait devenir graduellement une tâche réservée à un personnel spécialement formé. Ainsi, en 1939, 55 diététiciennes diplômées étaient à l'emploi d'hôpitaux, dont 73 % à Montréal et 58 % dans des hôpitaux anglophones.

L'expansion des infrastructures hospitalières depuis les dernières décennies du XIX^e siècle se double donc d'un processus de médicalisation marqué. À partir des années 1920, l'État en vient à soutenir ces transformations et même à les orienter discrètement. Il n'assure toutefois aucune coordination d'ensemble et laisse au secteur privé le développement du dispositif hospitalier. Chez les francophones, l'épiscopat exerce un certain contrôle là-dessus au niveau régional, mais il doit composer avec l'activité d'autres intervenants. On pense ici par exemple aux communautés religieuses, pas toujours soumises à l'autorité épiscopale, aux médecins qui deviennent plus revendicateurs, ou à l'État bailleur de fonds. Divers facteurs socio-économiques et démographiques jouent aussi sur la formation du dispositif hospitalier. Ils expliquent en bonne partie les principaux clivages observés, à savoir la relative rareté des services spécialisés à l'extérieur des deux grandes agglomérations et le partage en deux groupes linguistiques.

FIGURE 24

Écoles d'infirmières affiliées aux universités Laval et de Montréal en 1939

Source : (Canada)
Dominion Bureau
of Statistics,
A Directory of
Hospitals in Canada
1939, 1941.



CONCLUSION

Le développement des grands appareils sanitaires au Québec jusqu'en 1945 participe d'un même mouvement : celui des gains en influence d'une profession médicale qui amène progressivement les autres groupes sociaux à partager ses vues sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la santé de la population. Cela ne se fait pas sans heurts et ne constitue certes pas un processus rectiligne : les médecins eux-mêmes sont divisés, leurs projets rencontrent de fortes oppositions, ils doivent accepter nombre de compromis... Une périodisation en trois grandes étapes se dégage tout de même assez clairement de ce cheminement.

Avant les années 1870-1880, les équipements et mesures sanitaires sont d'envergure modeste. L'influence des médecins auprès des autorités publiques et hospitalières demeure assez mince. Ils ne parviennent d'ailleurs pas à obtenir la création d'organismes d'hygiène publique permanents. D'autres mesures qu'ils réclament (quarantaines de vaisseaux, vaccinations) sont tout de même adoptées. Ils obtiennent également l'organisation d'un enseignement clinique de la médecine dans les hôpitaux et ils participent à la mise sur pied d'établissements spécialisés dans le traitement de clientèles particulières. Même si cela ne se traduit pas encore par une réorganisation majeure du domaine de la santé, la profession médicale y acquiert durant cette période un statut privilégié et jette ainsi les bases de son ascendant futur.

C'est autour de la décennie 1880-1890 que la formation des grands appareils sanitaires québécois s'amorce vraiment. L'élite médicale québécoise obtient du gouvernement la mise en branle d'un vaste projet d'organisation de l'hygiène publique. Le dispositif hospitalier va croître rapidement et surtout se transformer : les services offerts, l'organisation physique de l'hôpital, son financement, son personnel, sa

clientèle même sont progressivement adaptés aux nouvelles exigences de la médecine. On est cependant encore loin des objectifs visés par la profession médicale. Le développement de la médecine hospitalière entraîne des dépenses que peinent à défrayer les hôpitaux, et ce, malgré la hausse majeure des revenus issus de la nouvelle clientèle de patients payants. Quant aux ressources publiques allouées à l'hygiène, elles sont nettement insuffisantes pour vaincre les résistances rencontrées au sein de la population, des administrations municipales chargées de la mise en œuvre et même de certains médecins.

Les années qui suivent la fin de la Première Guerre mondiale constituent une autre charnière décisive. Qu'il s'agisse de l'hygiène publique ou des hôpitaux, l'État accroît substantiellement son effort financier. Par de nouveaux programmes, il affermit son contrôle sur les activités d'hygiène publique et il se donne des outils pour desservir l'ensemble du territoire québécois et y propager les idées hygiénistes. Il soutient la croissance du dispositif hospitalier et, de façon plus diffuse mais sensible, il cherche à l'orienter de sorte que les services offerts s'ajustent aux avancées de la science médicale. L'absence d'une planification d'ensemble laisse toutefois la porte ouverte à différents clivages.

Enfin, les années d'après-guerre seront marquées par l'accumulation de tensions au sein du monde hospitalier : hausse vertigineuse des coûts de construction et de fonctionnement, incapacité d'une partie de la population à assumer les frais d'hospitalisation, revendications grandissantes du personnel en voie de laïcisation rapide, contestation du rôle prédominant du clergé... Elles mèneront à la prise en charge du dispositif hospitalier par l'État dans les années 1960 et 1970, prise en charge déjà réalisée dans le domaine de l'hygiène publique.

TABLEAU 1

Rôle des intervenants dans le développement du dispositif hospitalier et l'évolution interne des hôpitaux au Québec, XIX^e siècle jusqu'à 1945

DÉVELOPPEMENT DU DISPOSITIF	INTERVENANTS	ÉVOLUTION INTERNE DE L'HÔPITAL
Exercent un certain contrôle dans leur diocèse. Autorisent les implantations par des communautés religieuses. Généralement en font la demande.	Évêques	Peuvent exercer des pressions sur les communautés, proposer des transformations.
Ouvrent des hôpitaux un peu partout sur le territoire. L'aire d'action de certaines en vient à dépasser largement le Québec.	Communautés religieuses	Elles sont maîtres dans leurs établissements, mais, au XX ^e siècle, elles doivent tout de même tenir compte des pressions d'autres intervenants.
Avant 1921, influence nulle sauf pour les maladies mentales. Par la suite, aide et oriente en partie la croissance et la modernisation en usant des fonds publics comme d'un levier.	Gouvernement du Québec	Peu d'autorité. Mais à partir de 1921 exerce une influence sur l'organisation des services dans les hôpitaux publics par une tarification différentielle des soins donnés aux indigents et par l'attribution d'octrois discrétionnaires.
Créent des hôpitaux pour les immigrants (quarantaine notamment), les marins malades et les soldats. Contrats de service avec des hôpitaux qui appartiennent à d'autres intervenants. Surcroît d'activité durant les deux guerres mondiales.	Gouvernements fédéral et du Bas-Canada	Maître dans ses établissements. Ailleurs, influence minime sauf durant la Seconde Guerre mondiale à travers les mesures de guerre : contrôle de l'affectation du personnel, des matériaux de construction, des denrées alimentaires, etc.
Mettent sur pied des hôpitaux civiques. Participation au financement d'autres hôpitaux surtout à la suite de l'adoption de la Loi de l'assistance publique en 1921. Contribuent également aux frais d'hospitalisation dans les établissements pour maladies mentales à partir de 1880.	Municipalités	Diffère d'un hôpital civique à l'autre, selon les modes de gérance adoptés.
Au XX ^e siècle, créent des hôpitaux généraux dans des villes de ressources qui en sont dépourvues. Ailleurs, contribuent parfois financièrement.	Grandes entreprises	Maîtres dans leurs établissements. Ailleurs, jouent un rôle mal connu relié aux accidents du travail : ententes avec des hôpitaux sous la forme d'assurances collectives pour leurs employés, recherche de services d'urgence efficaces... Ont des besoins spécifiques que les hôpitaux chercheront à combler.
Créent et administrent des hôpitaux, particulièrement chez les anglophones. Collectent des fonds, font pression sur les autorités publiques.	Groupes philanthropiques	Leur autorité diffère selon qu'ils confient ou non la gestion quotidienne à des communautés et selon la place que prennent les médecins dans les processus décisionnels. Ont la haute main sur le financement et sur les grands choix relatifs aux constructions et aux agrandissements.
Certains créent de petits hôpitaux privés, surtout à partir de la décennie 1910-1920. Font pression sur les autres intervenants pour obtenir croissance et modernisation.	Médecins	Maîtres dans leurs petits hôpitaux privés. Ailleurs interviennent auprès des autorités à titre personnel ou de groupe lorsqu'ils forment un « bureau médical ». Leur influence va grandissant même si elle ne se traduit pas souvent par une prise de contrôle de la direction dépassant les questions d'ordre médical.
Pas d'influence directe sur l'évolution du dispositif hospitalier. La laïcisation graduelle du personnel et la croissance consécutive des dépenses en rémunérations, la syndicalisation et les luttes pour l'amélioration des conditions de travail à partir des années 1930 et 1940 appelleront toutefois des réformes majeures.	Personnel autre	Avant le début des années 1940, est à peu près totalement soumis au pouvoir des autorités ou des médecins.
Influence probablement minime. Difficile à préciser en l'absence d'études.	Compagnies d'assurances	À partir des années 1940, alors que se développent rapidement les programmes d'assurance-hospitalisation privés, exercent une influence vraisemblablement majeure sur la gestion des services, les admissions, la durée des séjours... Ce phénomène demeure en bonne partie mal connu.
Sa croissance et sa concentration dans les villes jouent un grand rôle dans l'expansion et la distribution spatiale des services hospitaliers. Sa perception des questions hospitalières importe aussi puisque les politiciens en tiennent compte, cherchent à l'orienter et à la rentabiliser à des fins électorales.	Population en général	Si elle n'exerce aucun pouvoir direct dans les établissements, ses attentes ont sans doute influé sur leur évolution interne. Depuis quelques années, cette question attire beaucoup l'attention des spécialistes en histoire de la médecine.

Notes infrapaginales

Chapitre III : La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945

1. L'intérêt des historiens pour la formation des grands appareils sanitaires au Québec ne s'est manifesté qu'assez récemment, depuis une vingtaine d'années. Les travaux plus anciens, pour la plupart l'œuvre de médecins, suivaient une approche dite « interne » de l'histoire de la médecine en présentant les grandes figures et les institutions sans les inscrire dans le contexte plus large de la société québécoise. De nombreux textes tiennent maintenant compte de facteurs « externes » aussi bien sociaux qu'économiques ou politiques. Comme ailleurs, l'histoire de la médecine et de la santé au Québec évolue maintenant en bonne partie de concert avec l'histoire sociale.
2. Concernant le choléra et les mesures de quarantaine, voir Bilson, 1980 ; 1983 ; Dechêne et Robert, 1979.
3. Voir à ce sujet Bliss, 1993 ; Farley, Keating et Keel, 1987. Ces derniers ont interprété l'opposition d'une partie de la population aux mesures antivarioliques comme une facette de la résistance à la médicalisation de la société.
4. Une étude initialement publiée en 1982 livre une intéressante analyse de l'inscription graduelle de l'expertise médicale dans l'administration municipale montréalaise : Farley, Keel et Limoges, 1995. Sur l'administration de l'hygiène publique à Montréal, voir aussi Gaumer, Desrosiers, Keel et Déziel, 1994.
5. Concernant le CHPQ et les organismes qui lui ont succédé, les informations proviennent d'une très large variété de sources et d'études. Mentionnons les rapports annuels de ces organismes et la partie conservée aux Archives nationales du Québec de la documentation qu'ils ont produite. Voir Guérard, 1993 ; 1996 b ; Goulet, 1996 ; Ancil et Bluteau, 1986.
6. La question de la piètre condition sanitaire du Québec francophone demeure encore aujourd'hui assez épineuse. Certains y ont vu le résultat d'une infériorité économique des Canadiens français. D'autres ont évoqué des traits culturels. On a aussi dénoncé un retard du Québec dans l'adoption de mesures d'hygiène d'envergure, retard attribué par plusieurs à la domination parmi les groupes dirigeants d'une idéologie traditionaliste peu propice aux innovations et à l'intervention de l'État. Aucune des explications avancées à ce jour ne paraît à elle seule convaincante. Certes, au Québec comme partout ailleurs, l'état de santé des groupes les moins aisés a été, et demeure, inférieur à celui des autres groupes. Mais certaines minorités non francophones, bien que partageant des conditions de vie proches de celles des Canadiens français, connaissaient au XIX^e siècle une mortalité moins sévère que ces derniers. En ce qui a trait au rôle de frein attribué à la pensée traditionaliste, il a été démontré qu'elle pouvait se marier avec des politiques d'hygiène publique énergiques. Ajoutons qu'aucune comparaison rigoureuse ne permet, à ce jour, de conclure à un retard significatif du Québec dans l'adoption de mesures d'hygiène. La problématique même du retard a d'ailleurs été remise en cause par certains chercheurs (voir à ce sujet Fournier, Gingras et Keel, 1987). En somme, la question n'est pas, loin s'en faut, réglée, et il faudra de toute évidence recourir à des explications multifactorielles pour approcher la complexité du problème.
7. Ce n'est qu'avec la fin de la Seconde Guerre mondiale que le discours hygiéniste au Québec se met à insister non plus sur des valeurs collectives et la responsabilité sociale de l'individu, mais, dans un renversement de perspective, sur le bien-être personnel : le bonheur et la joie de vivre par la santé deviennent le leitmotiv de la santé publique. Pareille évolution s'harmonisait avec une transformation des mentalités, alors que la reconversion de l'économie au temps de paix appelait à une consommation accrue de biens et de services présentée comme la voie à suivre pour l'obtention d'un mieux-être personnel.
8. Le texte le plus significatif sur l'usage de l'hygiène comme outil de promotion sociale et professionnelle par les médecins demeure sans doute celui de Pierre-Deschênes, 1981.
9. Diverses études permettent de s'en convaincre. Voir notamment : Copp, 1978 ; Tétreault, 1991 ; Robert, 1988.
10. Une étude consacrée à l'histoire de la lutte antivénérienne au Canada donne nombre d'informations sur ce programme : Cassel, 1987.
11. Il n'existe encore aucune étude d'ensemble des transformations du dispositif hospitalier. De nombreux auteurs ont dressé des historiques d'hôpitaux, pour la plupart dans une perspective descriptive et panégyrique. Les travaux récents menés sur une base scientifique font exception à cette règle. Les monographies traditionnelles, en laissant dans l'ombre les conflits survenus entre les intervenants dans l'organisation des services, suggéraient du milieu hospitalier une image consensuelle, harmonieuse, qui n'a pas résisté à l'analyse.
12. Sauf lorsque c'est précisé, les données fournies excluent les hôpitaux pour malades mentaux.
13. Les données sur les nombres de lits et d'hôpitaux sont à utiliser avec circonspection. Il s'agit là d'ordres de grandeur seulement. Le recensement de 1931, par exemple, retient trois établissements (278 lits) qui, dans les autres sources, sont plutôt considérés comme des hospices. Par contre, plus d'une quinzaine d'hôpitaux et de maternités (au-delà de 560 lits) ne sont pas relevés.
14. Les données sur lesquelles repose la figure 11 doivent être utilisées avec prudence. Les tendances qu'elles dessinent sont toutefois significatives.
15. La Loi de l'assistance publique a fait l'objet de nombreuses études et donné lieu à des interprétations très divergentes. À l'époque de son adoption, une partie des élites francophones l'ont considérée comme une grave ingérence de l'État dans un secteur d'activité qui devait demeurer sous le contrôle d'agents privés. Plus tard, elles allaient plutôt voir dans la Loi de l'assistance publique un utile rempart contre les projets d'assurances sociales et de santé étatiques. Elles la présentèrent comme une façon originale du Québec de s'occuper des indigents tout en respectant ses valeurs et ses coutumes. À l'opposé, certains intellectuels des années 1950 et suivantes en vinrent à dénoncer cette loi. À leurs yeux, elle était le fruit de l'alliance entre une classe politique traditionaliste et le clergé ; elle avait consolidé la domination de celui-ci sur l'organisation des services sociaux et de santé, et de ce fait, elle avait constitué un frein à la modernisation. Depuis peu, des interprétations plus nuancées sont apparues. Ainsi, on s'est aperçu que cette aide permit à l'État de stimuler le développement du dispositif hospitalier et d'exercer des pressions sur la direction des établissements en vue d'en obtenir la modernisation des services.
16. Notons que pour cette période récente il n'existe pas encore d'étude sur le développement hospitalier au Québec.
17. Toute une série de manuels d'éthique médicale destinés aux médecins et aux infirmières, dont un code de morale pour les hôpitaux utilisé durant les années 1940 et 1950, furent publiés au Québec à partir des années 1920 par des membres du clergé ou en collaboration avec certains d'entre eux.

18. En 1961, pas moins de 33 communautés religieuses étaient propriétaires de 105 hôpitaux de toutes catégories qui comptaient alors près de 59 % des lits au Québec (Conférence catholique canadienne, Département d'action sociale, *Les hôpitaux dans la province de Québec*, Ottawa, 1961).
19. S'il fallait, aux hôpitaux, ajouter les hospices, les orphelinats et les écoles, la carte de la page suivante serait littéralement criblée de points. Les hôpitaux des principales communautés ne constituaient qu'une partie de leurs avoirs.
20. (Québec) Gouvernement du Québec, *Enquête sur les services de santé*, 1948. Après la Seconde Guerre mondiale, les autorités sanitaires manifestèrent un intérêt plus senti pour la question de la répartition des services hospitaliers sur le territoire québécois, sans doute influencées par les mesures de contrôle des ressources médicales et paramédicales instaurées par le gouvernement fédéral durant le conflit.
21. Voir à ce sujet la planche consacrée aux hôpitaux de Montréal.
22. En 1927 par exemple, le Collège soumit en vain un projet de réglementation au gouvernement. Voir notamment : Procès-verbaux des assemblées générales des Gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens, P.Q., 1932, p. 68-69 ; *idem*, 1927, p.17.
23. Depuis la décennie 1980-1990, plusieurs études sur l'histoire de la profession infirmière ont été publiées. Elles s'attachent pour la plupart à en retracer le processus de professionnalisation.
24. Voir à ce sujet le rapport *La formation infirmière au Canada* de Helen K. Mussallem, 1966, partie du rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé.
25. Dans le graphique, le nombre de lits réservés à la tuberculose est nettement sous-évalué, particulièrement chez les francophones, dans la mesure où des hôpitaux non spécialisés dans le traitement de la tuberculose comportaient de tels lits.

Bibliographie*

- ABBOTT, Maude E. (1931), *History of Medicine in the Province of Quebec*, Montréal, McGill University Press, 97 p.
- AGNEW, George Harvey (1974), *Canadian Hospitals, 1920 to 1970 : a Dramatic Half Century*, Toronto, University of Toronto Press, 276 p.
- AHERN, Michael Joseph, et Georges Ahern (1923), *Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada*, Québec, Imprimerie Laflamme, 563 p.
- À la faveur d'un centenaire, une porte close s'entrouvre : album-souvenir (1949), Québec, Sœurs de la Charité de l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
- ANCTIL, Hervé, et Marc-André Bluteau (1986), *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, Québec, Santé Société, édition spéciale, 127 p.
- ARIENO, Marlene Ann (c.1989), *Victorian Lunatics : A Social Epidemiology of Mental Illness in Mid-Nineteenth Century England*, Selinsgrove [Pa.], Toronto, Susquehanna University Press, Associated University Presses, 140 p.
- BAILLARGEON, Denyse (1996), « Fréquenter les Gouttes de lait. L'expérience des mères montréalaises, 1910-1965 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 1 (été), p. 29-68.
- BAILLARGEON, Denyse (1994), « Care of Mothers and Infants in Montreal between the Wars : the Visiting Nurses of the Metropolitan Life, Milk Deposits and Assistance maternelle », dans Dianne Elizabeth Dodd et Deborah Gorham (édit.), *Caring and Curing : Historical Perspectives on Women and Healing in Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 163-182.
- BEAUDET, Céline (1976), *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec, 1880-1963 : le cas de l'Hôpital de Verdun*, Québec, Cahiers de l'Institut supérieur des sciences humaines, 6, Université Laval, 126 p.
- BERNIER, Jacques (1988), *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 207 p.
- BERNIER, Jacques (1984), « Le corps médical québécois à la fin du XVIII^e siècle », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 36-64.
- BERNIER, Jacques (1979) « Les praticiens de la santé au Québec 1871-1921. Quelques données statistiques », *Recherches sociographiques*, 20, 1 (janvier-avril), p.41-58.
- BILSON, Geoffrey (1988), « Public Health and the Medical Profession in Nineteenth Century Canada », dans Roy M. McLeod, et Milton James Lewis (dir.), *Disease, Medicine and Empire : Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, Londres et New York, Routledge, p. 156-176.
- BILSON, Geoffrey (1985), « Dr Frederick Montizambert (1843-1929) : Canada's First Director General of Public Health », *Medical History*, 29, 4, p. 386-410.
- BILSON, Geoffrey (1983), « Science, Technology and 100 Years of Canadian Quarantine », dans R. A. Jarrell et A. E. Ross (dir.), *Critical Issues in the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, Thornhill, HSTC Publications, p. 89-100.
- BILSON, Geoffrey (1980), *A Darkened House : Cholera in Nineteenth-Century Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 222 p.
- BLISS, Michael (1993), *Montréal au temps du grand fléau. L'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre Expression, 349 p.
- BOISCLAIR, Guy (1989), « La perception de la folie au Québec au XVIII^e siècle », *Mémoire de maîtrise (histoire)*, Université de Sherbrooke, 183 p.
- BOISSONNAULT, Charles-Marie (1953), *Histoire de la faculté de médecine de Laval*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 438 p.
- BOUCAULT, Nicolas-Gaspard ([1754] 1921), « État présent du Canada, dressé sur nombre de mémoires et connaissances acquises sur les lieux, par le sieur Boucault (1754) », *Rapport de l'archiviste de la province de Québec pour 1920-1921*, Québec, Ls-A. Proulx, p. 11-50.
- BOUCHARD, Gérard (1996), « Naissance d'une élite : les médecins dans la société saguenayenne (1850-1940) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49, 4 (printemps), p. 521-549.
- BOUDREAU, Françoise (1984), *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 274 p.
- BOUGAINVILLE, Louis-Antoine de (1924), « Conversation avec le sieur Blondeau », *Rapport de l'archiviste de la province de Québec pour 1923-1924*, Québec, Ls-A. Proulx, p. 69-70.
- BURGESS, Thomas Joseph Workman (1898), « A historical Sketch of our Canadian Institutions for the Insane », *Proceedings and Transactions of the Royal Society of Canada*, sect. V, p. 2-222.
- CAHN, Charles H. (1981), *Hôpital Douglas. 100 ans d'histoire et de progrès*, Montréal, Hôpital Douglas, 238 p.
- (CANADA), COMMISSION ROYALE DES RELATIONS ENTRE LE DOMINION ET LES PROVINCES (1940), *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* (3 volumes), Ottawa.
- (CANADA), BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (1932-), *Statistique des hôpitaux*.
- CANGUILHEM, Georges (1973), *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 224 p.
- CASH, Philip, Eric H. Christianson et J. Worth Estes (édit.) (1980), *Medicine in Colonial Massachusetts, 1620-1820. A Conference Held 25-26 May 1978 by Colonial Society of Massachusetts*, Boston, The Colonial Society of Massachusetts, 425 p.
- CASSEL, Jay (1987), *The Secret Plague. Veneral Disease in Canada, 1838-1939*, Toronto, University of Toronto Press, 340 p.
- CASTEL, Robert (1976), *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit, 334 p.

- CELLARD, André (1991), *Histoire de la folie au Québec de 1660 à 1850. « Le désordre »*, Montréal, Boréal, 280 p.
- CELLARD, André, et D. Nadon (1986), « Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 39, 3 (hiver), p. 345-369.
- CHAPALAIN-NOUGARET, Christine (1989), *Misère et assistance dans le pays de Rennes au XVIII^e siècle*, Nantes, Cid Éditions, 468 p.
- CHARBONNEAU, Hubert (1992), « Les varioleux de Saint-François-de-Sales en 1733 », *Mémoires de la Société généalogique canadienne-française*, 43, 4 (hiver), p. 291-300.
- CHARLTON, Miss (1923-1924), « Outlines of the history of medicine in Lower Canada », *Annals of medical History*, V, 2 (juin 1923), p. 150-174 ; V, 3 (septembre 1923), p. 263-278 ; VI, 2 (juin 1924), p. 222-235 ; VI, 3 (septembre 1924), p. 312-354.
- CHARTRAND, Luc, Raymond Duchesne et Yves Gingras (1987), *Histoire des sciences au Québec*, Montréal, Boréal, 488 p.
- Chirurgie complète suivant le système des modernes* (1757), 2^e édition, Paris, Veuve de Charles-Maurice d'Houry, 2 vol.
- CHRISTIANSON, Eric H. (1987), « Medicine in New England », dans Ronald L. Numbers (édit.), *Medicine in the New World. New Spain, New France, and New England*, Knoxville, University of Tennessee Press, p. 101-153.
- CLICHE, Marie-Aimée (1988), *Les pratiques de dévotion en Nouvelle-France. Comportements populaires et encadrement ecclésial dans le gouvernement de Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval (coll. « Ethnologie de l'Amérique française »), 354 p.
- CODELL CARTER, K. (1985), « Ignaz Semmelweis, Carl Mayrhofer, and the rise of germ theory », *Medical History*, p. 33-53.
- COHEN, Yolande, et Louise Bienvenue (1994), « Émergence de l'identité professionnelle chez les infirmières québécoises, 1890-1927 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 11, p. 119-151.
- COHEN, Yolande, et Michèle Dagenais (1987), « Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41, 2 (automne), p. 155-177.
- COHEN, Yolande, et Michèle Gélinas (1989), « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique », *Histoire sociale*, xxii, 44 (novembre), p. 219-246.
- COHEN, Yolande, et Éric Vaillancourt (1997), « L'identité professionnelle des infirmières canadiennes-françaises à travers leurs revues », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 4 (printemps), p. 537-570.
- COLEMAN, William (1982), *Death is a Social Disease, Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, Madison, Wis., The University of Wisconsin Press, 322 p.
- COLLIN, Johanne, et Denis Béliveau (1994), *Histoire de la pharmacie au Québec*, Montréal, Musée de la pharmacie du Québec, 334 p.
- COMACCHIO, Cynthia R. (1993), « Nations are Built of Babies » : *Saving Ontario's Mothers and Children, 1900-1940*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 340 p.
- COMEAU, Michèle (1989), « Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française 1930-1950 », *Mémoire de maîtrise (histoire)*, Université du Québec à Montréal, 152 p.
- COMITÉ D'ENQUÊTE SUR L'HYGIÈNE À MONTRÉAL (1928), *Enquête sur les activités en hygiène publique*, Montréal, The Metropolitan Life Insurance Company, 156 p.
- COPP, Terry (1982), « The Health of the People : Montreal in the Depression Years », dans David A.E. Shephard et Andrée Lévesque (édit.), *Normand Bethune, his Times and his Legacy*, Ottawa, Canadian Public Health Association, p. 129-137.
- COPP, Terry (1978), *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 213 p.
- COURTEAU, Bernard (1989), *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine. Évolution historique de l'hôpital psychiatrique de Montréal*, Montréal, Éditions du Méridien, 211 p.
- Coutumier et Petites règles des Religieuses Hospitalières de la Congrégation de S. Joseph* (1688), Angers, Chez Olivier Avril.
- CRELLIN, John K. (1968), « The Dawn of the Germ Theory : Particles, Infection and Biology », *Medicine and Society in the 1860s*, Londres, Wellcome Institute of the History of Medicine, p. 79-94.
- CRELLIN, John K. (1967), « Airborne Particles and the Germ Theory : 1860-1880 », *Annals of Science*, p. 46-60.
- CUSHING, Harvey Williams (1925), *The Life of Sir William Osler*, Oxford, Clarendon Press, 2 vol.
- D., M. (1753), *Introduction à la matière médicale en forme de thérapeutique*, Paris, Veuve Quillau, 551 p.
- DAIGLE, Johanne (1990), « Devenir infirmière : le système d'apprentissage et la formation professionnelle à l'Hôtel-Dieu, 1920-1970 », *Thèse de doctorat (histoire)*, Université du Québec à Montréal, 617 p.
- DAIGLE, Johanne, Nicole Rousseau et Francine Saillant (1993), « Des traces sur la neige... La contribution des infirmières au développement des régions isolées du Québec au XX^e siècle », *Recherches féministes*, 6, 1, p. 93-103.
- D'ALLAIRE, Micheline (1971), *L'Hôpital-Général de Québec (1692-1764)*, Montréal, Fides (coll. « Fleur de Lys »), 251 p.
- DARMON, Pierre (1986), *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Librairie académique Perrin, 503 p.
- DAVIS, Loyal Edward (1960), *Fellowship of Surgeons : A History of the American College of Surgeons*, Springfield, Ill., Thomas Publishers, 523 p.
- DE LA BROQUERIE, Fortier (1966), *Au service de l'enfance. L'Association québécoise de la goutte de lait 1915-1965*, Québec, Éditions Garneau, 146 p.
- DECHÊNE, Louise, et Jean-Claude Robert (1979), « Le choléra de 1832 dans le Bas-Canada : mesure des inégalités devant la mort », dans Hubert Charbonneau et André Larose, *Les grandes mortalités : étude méthodologique des crises démographiques du passé*, Liège, Ordina, p. 229-255.
- DEFRIES, Robert Davies (1940), *The Development of Public Health in Canada*, Toronto, Canadian Public Health Association, 184 p.
- DEMESY-MAURENT, Jeannine (1988), « Un maître chirurgien dans la Haute Provence drômoise à la veille de la Révolution », *Cahiers d'histoire* (Lyon), 33, 1, p. 43-70.
- DESJARDINS, Édouard, Suzanne Giroux et Eileen C. Flanagan (1970), *Histoire de la profession infirmière au Québec*, Montréal, Les Éditions du Richelieu, 270 p.

- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1993), « Le réseau de santé public au Québec de la fin du XIX^e siècle au milieu du XX^e siècle : une opportunité d'engagement politique et social pour des médecins hygiénistes de l'époque », *Socialisme*, Hors série 2, p. 67-84.
- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1991), *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comtés : 1926-1975*, Montréal, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, 239 p.
- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1989), « L'évolution des structures d'enseignement universitaire spécialisé de santé publique : 1899-1970 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 6, 1 (été), p. 3-26.
- DIDIER, Chantal (1976), « Aperçu sur les médecins et chirurgiens à Colmar au XVIII^e siècle », dans *Médecine et assistance en Alsace, XVI^e-XX^e siècles*, Strasbourg, Librairie Istra, p. 87-111.
- Discours de l'Hon. L. P. Pelletier sur la question des asiles d'aliénés prononcé à l'Assemblée législative le 28 février 1889* (1889) Québec, Presses à vapeur de la Justice, 80 p.
- DODD, Dianne Elizabeth et Deborah Gorham (édit.) (1994), *Caring and Curing : Historical Perspectives on Women and Healing in Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 218 p.
- DORATT, John (1839), « State of the Hospitals, Prisons, Charitable Institutions, &c., in Lower Canada », dans *Appendix (A.) to Report on the Affairs of British North America, from the Earl of Durham...*
- DOUSSET, Jean-Claude (1985), *Histoire des médicaments des origines à nos jours*, Paris, Payot, 405 p.
- DOUVILLE, Raymond (1975), *Yves Phlem dit Yvon le Breton ancêtre des familles Hivon. Les tribulations d'un guérisseur à Sainte-Anne-de-la-Pérade au 18^e siècle*, Trois-Rivières, Éditions du Bien public, 27 p.
- DREW, Robert (édit.) (1968), *Commissioned Officers in the Medical Services of the British Army, 1660-1960*, Londres, Wellcome Historical Medical Library, 2 vol. (coll. « Wellcome Historical Medical Library, Publications », 14).
- DROLET, Antonio (1961) « La bibliothèque du Collège des Jésuites », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 14, 4 (mars), p. 487-544.
- DUBÉ, Joseph-Edmond (1928), *La situation hospitalière à Montréal*, Montréal, s.é., 44 p.
- DUCHARME, Jacques (1973), « Les revenus des Hospitalières de Montréal au XVIII^e siècle », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 209-244.
- DUCHESNE, Raymond (1978), *La science et le pouvoir au Québec (1920-1965)*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 126 p.
- DUFFY, John (1990), *The Sanitarians : A History of American Public Health*, Urbana, University of Illinois Press, 330 p.
- DUPONT, Antonin (1972), *Les relations entre l'Église et l'État sous Louis-Alexandre Taschereau, 1920-1936*, Montréal, Guérin, 366 p.
- EARLE, S. (1969), « The Germ Theory in America : Antisepsis and Asepsis (1867-1900) », *Surgery*, p. 502-522.
- ESTES, J. Worth (1980), « Therapeutic Practice in Colonial New England », dans Philip Cash, Eric H. Christianson et J. Worth Estes (édit.) (1980), *Medicine in Colonial Massachusetts, 1620-1820. A Conference Held 25-26 May 1978 by Colonial Society of Massachusetts*, Boston, The Colonial Society of Massachusetts, 425 p.
- EVEN, Pascal (1986), « L'assistance et la charité à La Rochelle sous l'Ancien Régime XVII^e et XVIII^e siècles », Thèse de doctorat (histoire), Université de Paris I, 763 p.
- FABER, Knud Helge (1978), *Nosography. The Evolution of Clinical Medicine in Modern Times*, New York, AMS Press, réimpression de l'édition de 1930, 222 p.
- FARKAS, Maryann (1987), « Best of Enemies : Quebec Doctors and the State, 1930-1970 », Mémoire de maîtrise (histoire), Université Concordia, Montréal, 97 p.
- FARLEY, Michael, Peter Keating et Othmar Keel (1987), « La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du 19^e siècle : pratiques, obstacles et résistances », dans Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 87-127.
- FARLEY, Michael, Othmar Keel et Claude Limoges (1995), « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) », dans Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec : XIX^e-XX^e siècles*, Montréal, Boréal, p. 85-114.
- FAURE, Olivier (1982), *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 269 p.
- FISET, Paul-A. (1957), « Une correspondance médicale historique : Blake à Davidson [...] », *Laval médical*, 23, 1 (septembre), p. 419-448.
- FONTAINE, Michel (1985), « Histoire de la médecine à Rochefort de sa création (1666) à 1745 », Thèse de doctorat d'État (médecine), Université de Bordeaux II, 204 p.
- FOUCAULT, Michel (1976), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 583 p.
- FOURNIER, Marcel, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.) (1987), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 210 p.
- FOX, Nicholas J. (1988), « Scientific Theory Choice and Social Structure : the Case of Joseph Lister's Antisepsis, Humoral Theory and Asepsis », *History of Science*, p. 367-397.
- FROST, Stanley Brice (1980), *McGill University for the Advancement of Learning, volume 1 (1801-1895)*, Montréal et Toronto, McGill-Queen's University Press, 2 vol., 1980-1984.
- GAUCHER, Dominique (1979), « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : de la santé publique à la médecine préventive », *Recherches sociographiques*, 20, 1 (janvier-avril) p. 50-85.
- GAUMER, Benoît, Georges Desrosiers, Othmar Keel et Céline Déziel (1994), « Le service de santé de la ville de Montréal. De la mise sur pied au démantèlement : 1865-1975 », *Cahiers du Centre de recherches historiques (EHES)*, 12 (avril), p. 131-158.

- GAUVREAU, Danielle (1991), *Québec. Une ville et sa population au temps de la Nouvelle-France*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 232 p.
- GELFAND, Toby (1987), « Medicine in New France », dans Ronald L. Numbers (édit.), *Medicine in the New World : New Spain, New France, and New England*. Knoxville, University of Tennessee Press, p. 64-100.
- GELFAND, Toby (1984 a), « A "Monarchical Profession" in the Old Regime : Surgeons, Ordinary Practitioners, and Medical Professionalization in Eighteenth-Century France », dans Gerald L. Geison (édit.), *Professions and the French State, 1700-1900*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, p. 149-180.
- GELFAND, Toby (1984 b), « Who Practised Medicine in New France ? A Collective Portrait », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 16-35.
- GELFAND, Toby (1980 a), « Deux cultures, une profession : les chirurgiens français au XVIII^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, XXVII (juillet-septembre), p. 468-484.
- GELFAND, Toby (1980 b), *Professionalizing Modern Medicine. Paris Surgeons and Medical Science and Institutions in the 18th century*, Westport, Greenwood Press (coll. « Contributions in Medical History », 6), 271 p.
- GÉLIS, Jacques (1988), *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 560 p.
- GENDREAU, Ernest (1924), *La fondation de l'Institut du radium de l'Université de Montréal et de la Province de Québec*, Montréal, s. é., 14 p.
- GERMAIN, Robert (1985), *Le mouvement infirmier au Québec, 50 ans d'histoire*, Montréal, Éditions Bellarmin, 565 p.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1992), *Médecins d'hier, médecins d'aujourd'hui. Le cas du docteur Lavergne (1756-1831)*, Paris, Éditions Publisud, 249 p.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1987), « La réputation du médecin : corps médical et subdélégués dans la France préévolutionnaire », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 4, 1 (été), p. 25-31.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1977), « The Extent of Medical Practice in France around 1780 », *Journal of Social History*, 10, 4 (juin), p. 410-427.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1974), *Malades et médecins en Bretagne. 1770-1790*, Rennes, Institut armoricain de recherches historiques, 508 p.
- GOULET, Denis (1997), *Histoire du Collège des médecins du Québec 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 263 p.
- GOULET, Denis (1996), « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique 1886-1926 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49, 4 (printemps), p. 491-520.
- GOULET, Denis (1994), « Du modèle européen au modèle américain. Le développement de l'enseignement médical à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (1843-1980) », *Cahiers du Centre de recherches historiques (EHES/CNRS)*, 12 (avril), p. 116-130.
- GOULET, Denis (1993), *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal 1843-1993*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 502 p.
- GOULET, Denis (1992), « Des miasmes aux germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870-1930) », Thèse de Ph.D. (histoire), Université de Montréal, 435 p.
- GOULET, Denis, François Hudon et Othmar Keel (1993), *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 452 p.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1993), « Les hommes-relais de la bactériologie en territoire québécois et l'introduction de nouvelles pratiques diagnostiques et thérapeutiques (1890-1920) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 46, 3, p. 417-442.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1991 a), « Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIX^e siècle », *Anthropologie et Sociétés (L'univers du sida)*, 15, 2-3, p. 205-228.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1991 b), « L'introduction du listérisme au Québec : entre les miasmes et les germes », *Actes du XXXI^e Congrès international d'histoire de la médecine*, Bruxelles, Fierens, p. 397-405.
- GOULET, Denis, et André Paradis (1992), *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 530 p.
- GRAUER, Albert Edward (1939), *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Imprimeur du roi, 134 p.
- GRMEK, Mirko Drazen (1997), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Tome 2, *De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 376 p.
- GROB, Gerald N. (1994), *The Mad among Us : A History of the Care of America's Mentally Ill*, New York, Free Press, 386 p.
- GROB, Gerald N. (1983), *Mental Illness and American Society (1875-1945)*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 428 p.
- GUÉRARD, François (1997), « L'État, l'Église et la santé au Québec de 1887 à 1939 », *Cahiers d'histoire*, vol. XVII, n^{os} 1-2 (printemps-automne), 1997, p. 76-94.
- GUÉRARD, François (1996 a), *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 124 p.
- GUÉRARD, François (1996 b), « L'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939 : centralisation, normalisation et médicalisation », *Recherches sociographiques*, (mai-août), p. 203-227.
- GUÉRARD, François (1995), « Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 48, 3 (hiver), p. 375-401.
- GUÉRARD François (1993), « La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939. Trois-Rivières et Shawinigan », Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 525 p.
- GUYOT (1776-1783), *Répertoire universel et raisonné de jurisprudence civile, criminelle, canonique et bénéficiale*, Paris, Chez Panckoucke, 64 vol., vol. 10.

- HALLER, John S. (1981), *American Medicine in Transition, 1840-1910*, Urbana, Chicago, Londres, University's Illinois Press, 457 p.
- HAMELIN, Jean (1995), *Histoire de l'Université Laval : les péripéties d'une idée*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 341 p.
- HAMILTON, Bernice (1951), « The Medical Profession in the Eighteenth Century », *The Economic History Review*, 2^e série, IV, 2, p. 141-169.
- HARE, John, Marc Lafrance et David-Thierry Ruddel (1987), *Histoire de la ville de Québec, 1608-1871*, Montréal, Boréal/Musée canadien des civilisations, 399 p.
- HEAGERTY, John Joseph (1928), *Four Centuries of Medical History in Canada, and a Sketch of the Medical History of Newfoundland*, Toronto, The MacMillan Company of Canada, 2 vol.
- HELVÉTIUS, [Adrien] (1739-1748), *Traité des maladies les plus fréquentes, et des remèdes propres à les guérir*, Paris, Le Mercier, 2 vol. Nous avons également utilisé l'édition en deux tomes de 1756.
- HÉRAULT, Pascal (1993), « Soigner en Montmorillonnais au début du XVIII^e siècle », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest (Anjou, Maine, Touraine)*, 100, 1, p. 61-120.
- HÉRITIER, Jean (1987), *La sève de l'homme de l'Âge d'or de la saignée aux débuts de l'hématologie*, Paris, Denoël, 178 p.
- HOAD, Linda M. (1979), *La chirurgie et les chirurgiens de l'île Royale*, Ottawa, Parcs Canada (coll. « Histoire et archéologie », 6), p. 237-403.
- L'Hôtel-Dieu de Montréal : 1642-1973* (1973), Montréal, Hurtubise HMH, 346 p.
- HUDSON, Robert P. (1993), « Concepts of Disease in the West », dans Kenneth F. Kiple (édit.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, p. 45-52.
- HURD, Henry Mills (1917), *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 4 vol.
- IMBERT, Jean (1982), *Histoire des hôpitaux en France*, Paris, Privat, 559 p.
- IMBERT, Jean (1993), *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Histoires »), 307 p.
- JADELOT, M. (1784), *Pharmacopée des pauvres ou formules des médicaments les plus usuels dans le traitement des maladies du peuple*, Nancy, H. Haener, 212 p.
- JANSON, Gilles (1973), « Joseph Benoît, chirurgien à l'Hôtel-Dieu (1711-1742) », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 153-182.
- JANSON, Gilles, Lise Lapointe et Édouard Desjardins (1975), « Les médecins militaires au Canada : Charles-Élémy-Joseph-Alexandre-Ferdinand Feltz », *L'Union médicale du Canada*, 104 (août), p. 1260-1273.
- JANSON, Gilles, Lise Lapointe-Manseau et Édouard Desjardins (1974), « Les médecins militaires au Canada : 1. André Arnoux », *L'Union médicale du Canada*, 103 (février), p. 304-311.
- JUCHEREAU DE SAINT-IGNACE, Jeanne-Françoise, et Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène (éditées par Dom Albert Jamet) (1984), *Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec 1636-1716*, Québec, L'Hôtel-Dieu de Québec, 444 p. (réimpression de l'édition de 1939).
- KALM, Pehr ([1749] 1977), *Voyage de Pehr Kalm au Canada en 1749*, traduction annotée du journal de route par Jacques Rousseau et Guy Béthune avec le concours de Pierre Morisset, Montréal, Pierre Tisseyre, 674 p.
- KEATING, Peter (1993), *La science du mal : l'institution de la psychiatrie au Québec : 1800-1914*, Montréal, Boréal, 208 p.
- KEATING, Peter (1986), « L'Institutionnalisation de la psychiatrie au Québec », Thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 323 p.
- KEATING, Peter, et Othmar Keel (dir.) (1995), *Santé et société au Québec : XIX^e-XX^e siècles*, Montréal, Boréal, 272 p.
- KETT, Joseph F. (1981), « American and Canadian Institutions 1800-1870 », dans Samuel Edward Dole Shortt (édit.), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, p.189-205.
- KIPLE, Kenneth F. (édit.) (1993), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, 1176 p.
- KOPPERMAN, Paul E. (1979), « Medical Services in the British Army », *Journal of the History of Medicine and allied Sciences*, XXXIV, 4 (octobre), p. 428-455.
- LACHANCE, André (1969), « Le Bureau des Pauvres de Montréal, 1698-1699 : contribution à l'étude de la société montréalaise de la fin du XVII^e siècle », *Histoire sociale*, 1, 4 (novembre), p. 99-110.
- LAFORCE, Hélène (1985), *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 237 p.
- LAHAISE, Robert (1973), « L'Hôtel-Dieu du Vieux-Montréal », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 11-56.
- LAHAISE, Robert (1980), *Les édifices conventuels du Vieux Montréal. Aspects ethno-historiques*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 50), 597 p.
- LAMBERT, Jules (1995), *Mille fenêtres*, Beauport, Centre hospitalier Robert-Giffard, 137 p.
- LAMOTHE, Gustave, Christophe Alphonse Geoffrion, Siméon Pagnuelo (1886?), *Consultations légales relatives aux conventions intervenues entre le gouvernement de la province de Québec et la communauté des Sœurs de charité de la Providence*, s. l., s.é., 14 p.
- LANDRY, Yves, et Rénald Lessard (1996), « Causes of Death in Seventeenth and Eighteenth-Century as Recorded in the Parish Registers », *Historical Methods*, 29, 2 (printemps), p. 49-57.
- LANGELIER, Charles (1890), *La question des asiles : discours de l'Hon. Chs Langelier, secrétaire de la province, sur l'adresse en réponse au discours du trône*, Québec, Belleau & cie, 16 p.
- LAPOINTE, Lise, Gilles Janson et Édouard Desjardins (1974), « Les médecins militaires au Canada : Charles Alavoine (1695-

- 1764) », *L'Union médicale du Canada*, 103 (octobre), p. 1690-1705.
- LATERRIÈRE, Pierre de Sales (1789), « *A Dissertation on the Puerperal Fever* », delivered at a Public Examination for the Degree of Bachelor in medicine, Boston, Mass., printed by Samuel Hall, 18 p.
- LAURIN, Nicole, Danielle Juteau et Lorraine Duchesne (1991), *À la recherche d'un monde oublié. Les communautés religieuses de femmes au Québec de 1900 à 1970*, Montréal, Le Jour, 431 p.
- LEAVITT, Judith Walzer (1982), *The Healthiest City. Milwaukee and the Politics of Health Reform*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 294 p.
- LEBRUN, François (1983), *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux 17^e et 18^e siècles*, Paris, Temps actuels (coll. « La passion de l'histoire »), 206 p.
- LEBRUN, François (1975), *Les hommes et la mort en Anjou aux XVII^e et XVIII^e siècles. Essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris, Flammarion (coll. « Science / Flammarion »), 382 p.
- LÉCUYER, Bernard P. (1986), « L'hygiène en France avant Pasteur », dans Claire Salomon-Bayet (dir.), *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, p. 65-139.
- LEGENDRE, Napoléon (1890), *Nos asiles d'aliénés*, Québec, Belleau & Cie, 63 p.
- LÉMERY, Nicolas (1748), *Pharmacopée universelle contenant toutes les compositions de pharmacie*, Amsterdam, aux dépens de la Compagnie, 758 p.
- LÉMERY, Nicolas (1747), *Chirurgie complete suivant le système des modernes*, Paris, Veuve de Charles-Maurice d'Houry, t. 2.
- LEMIEUX, Vincent, et al. (1994), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 370 p.
- LEMOINE, Réjean (1983), « La santé publique : de l'inertie municipale à l'offensive hygiéniste », dans G.-Henri Dagneau (dir.), *La ville de Québec. Histoire municipale. IV : de la Confédération à la charte de 1929*, Québec, La société historique de Québec, p. 153-180.
- LÉONARD, Jacques (1981), *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs, histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier-Montaigne (coll. historique), 386 p.
- LESSARD, Rénald (1996), « Aux XVII^e et XVIII^e siècles. L'exportation de plantes médicinales canadiennes en Europe », *Cap-aux-Diamants*, n° 46 (été), p. 20-24.
- LESSARD, Rénald (1995 a), « Direction pour la guérison du Mal de la Baie st Paul : la première publication médicale canadienne », *Le Bulletin de la Société canadienne d'histoire de la médecine*, 12, 2, p. 369-372.
- LESSARD, Rénald (1995 b), « Le livre médical au sein du corps de santé canadien aux 17^e et 18^e siècles », *Le Bulletin de la Société canadienne d'histoire de la médecine*, 12, 2, p. 215-240.
- LESSARD, Rénald (1994), « Pratique et praticiens en contexte colonial : le corps médical canadien aux 17^e et 18^e siècles », Thèse de doctorat (histoire), Université Laval, 2 vol.
- LESSARD, Rénald (1989 a), *Le mal de la Baie Saint-Paul*. Québec, CELAT, Université Laval (coll. « Rapports et Mémoires de recherche du CELAT »), 107 p.
- LESSARD, Rénald (1989 b), *Se soigner au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Hull, Musée canadien des civilisations (coll. « Mercure »), 160 p.
- « Lettres de mère Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène, Supérieure des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec » (1926-1931), *Nova Francia*, II, 2 (déc. 1926), p. 67-78 ; 3 (fév. 1927), p. 132-137 ; III, 1 (oct. 1927), p. 39-56 ; 2 (déc. 1927), p. 94-110 ; 3 (fév. 1928), p. 162-182 ; 4 (avril 1928), p. 220-237 ; 5 (juin 1928), p. 279-308 ; 6 (août 1928), p. 355-361 ; IV, 1 (janv.-févr. 1929), p. 33-58 ; 2 (mars-avril 1929), p. 110-123 ; 4 (juil.-août 1929), p. 230-247 ; 5 (sept.-oct. 1929), p. 283-292 ; 6 (nov.-déc. 1929), p. 368-380 ; V, 2 (mars-avril 1930), p. 92-96 ; 4 (juil.-août 1930), p. 248-252 ; 5 (sept.-oct. 1930), p. 311-313 ; 6 (nov.-déc. 1930), p. 359-379 ; VI, 1 (janv.-févr. 1931), p. 41-56 ; 2 (mars-avril 1931), p. 109-120.
- LÉVESQUE, Andrée (1984), « Mères ou malades : les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 1 (été), p. 23-37.
- LEWIS, David Sclater (1969), *Royal Victoria Hospital, 1887-1947*, Montréal, McGill University Press, 327 p.
- LOUDON, Irvine (1986), *Medical Care and the General Practitioner 1750-1850*, Oxford, Clarendon Press, 354 p.
- LOUDON, Irvine (1985), « The Nature of Provincial Medical Practice in Eighteenth-century England », *Medical History*, 29, 1 (janvier), p. 1-32.
- LUDMERER, Kenneth Marc (1985), *Learning to Heal. The Development of American Medical Education*, New York, Basic Books Inc., 346 p.
- LYONS, Albert S., et R. Joseph Petrucelli ([1978] 1987), *Medicine. An Illustrated History*, New York, Harry N. Abrams Inc., 615 p.
- MacDERMOT, Hugh Ernest (1967), *One Hundred Years of Medicine in Canada (1867-1967)*, Toronto et Montréal, McClelland and Stewart Limited, 224 p.
- MacDERMOT, Hugh Ernest (1950), *A History of the Montreal General Hospital*, Montréal, Montreal General Hospital, 135 p.
- MARIE DE STE-ALIX, sœur (1945), *Chronologie de l'établissement des hôpitaux canadiens tenus par des communautés religieuses 1639-1945*, Québec, Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada, Conférence de Québec, cahier 3, 8 p.
- MARTIN, Charles-A. (1983), *le premier demi-siècle de la psychiatrie à Québec : de l'Asile provisoire de Beauport à l'Hôpital St-Michel-Archange*, Beauport, Audio-visuel et information, Centre hospitalier Robert-Giffard.
- MATHIEU, Lise (1955), « Étude sur la législation sociale du Bas-Canada 1760-1840 », Thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 100 p.
- MAULITZ, Russell Charles (1987), *Morbid Appearances. The Anatomy of Pathology in the Early Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 277 p.
- MILNER, Elizabeth Hearn (1985), *Bishop's Medical Faculty, Montreal, 1871-1905 : Including the Affiliated Dental College, 1896-1905*, Sherbrooke, René Prince, 530 p.
- MINVILLE, Esdras (1939), *La législation ouvrière et le régime social dans la province de Québec. Étude préparée pour la*

- Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Ottawa, Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Imprimeur du roi, 98 p.
- MITCHINSON, Wendy, et Janice Dickin McGinnis (1988), *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland & Stewart, 218 p.
- MONDOUX, Maria (1942), *L'Hôtel-Dieu de Montréal. Premier hôpital de Montréal 1642-1942*, Montréal, s. é., 417 p.
- MONGEAU, Serge (1967), *Évolution de l'assistance au Québec*, Montréal, Éditions du Jour, 123 p.
- NADEAU, Gabriel (1951-1952), « Le dernier chirurgien du roi à Québec. Antoine Briault 1742-1760 », *L'Union Médicale du Canada*, 80 (juin 1951), p. 705-726 ; 80 (juillet 1951), p. 855-861 ; 80 (août 1951), p. 991-998 ; 80 (septembre 1951), p. 1106-1116 ; 81 (janvier 1952), p. 51-63 ; 81 (février 1952), p. 192-200 ; 81 (avril 1952), p. 439-443 ; 81 (mai 1952), p. 580-588.
- NAYLOR, C. David (édit.) (1992), *Canadian Health Care and the State : A Century of Evolution*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 241 p.
- NUMBERS, Ronald L. (édit.) (1987), *Medicine in the New World : New Spain, New France, and New England*, Knoxville, University of Tennessee Press, 175 p.
- NUMBERS, Ronald L. (édit.) (1979), *The Education of American Physicians : Historical Essays*, Los Angeles, University of California Press, 345 p.
- NYSTEN, Pierre-Hubert ([1806] 1814), *Dictionnaire de médecine, et des sciences accessoires à la médecine, avec l'étymologie de chaque terme ; suivi de deux vocabulaires, l'un latin, l'autre grec*, 3^e édition, Paris, Chez J.-A. Brosson, 692 p.
- O'REILLY, Helena, dite Saint-Félix (1882), *Monseigneur de Saint-Vallier et l'Hôpital Général de Québec : histoire du monastère de Notre-Dame-des-Anges*, Québec, C. Darveau, 743 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977-1978), *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2 vol.
- PARADIS, André (1997 a), « Le sous-financement gouvernemental et son impact sur l'administration des asiles francophones au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 4 (printemps), p. 571-598.
- PARADIS, André (1997 b), « Thomas J.W. Burgess et l'administration du Verdun Protestant Hospital for the Insane (1890-1916) », *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 14, 1, p. 5-35.
- PARADIS, André (1996), « En mémoire des années 70 », dans *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs*, Cahier souvenir de la revue *Santé mentale au Québec*, Cap-Saint-Ignace, Sainte-Marie-de-Beauce, p. 29-33.
- PARADIS, André (1994), « L'asile québécois et les obstacles à la médicalisation de la folie », *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 11, 2, p. 297-334.
- PARADIS, André (1993 b), « De Condillac à Pinel ou les fondements philosophiques du traitement moral », *Philosophiques*, xx, 1, p. 69-112.
- PARADIS, André (1993 a), « Correspondance » (à propos de l'opportunité des ouvrages de référence et des travaux synthèses sur l'histoire de la médecine au Canada), *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 10, 2, p. 175-178.
- PARADIS, André (1992), « Ethnie et folie : visages pluriels de l'anormalité », *Santé mentale au Québec*, xii, 2, p. 13-24.
- PARADIS, André (1991 a), « L'histoire de la médecine québécoise : problèmes de construction de l'objet », dans Jacques Mathieu (dir.), *Les dynamismes de la recherche au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 171-185.
- PARADIS, André (1991 b), « Note critique : André Cellard : *Histoire de la folie au Québec (1650-1850)*, Boréal, 1991 », in *Santé mentale au Québec*, xvi, 2, p. 321-331.
- PARADIS, André (1989), « Un bilan de l'évolution de l'intérêt des médecins québécois pour les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux (1826-1899) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 43, 1 (été), p. 63-91.
- PARADIS, André (1988), « L'histoire de la médecine : une porte ouverte sur l'histoire sociale », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 42, 1 (été), p. 73-83.
- PARADIS, André (1978), « L'asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire », *Santé mentale au Québec*, iii, 1, p. 18-35.
- PARADIS, André, et al. (1977 a), « L'émergence de l'asile québécois au xix^e siècle », *Santé mentale au Québec*, ii, 2, p. 1-44.
- PARADIS, André, et al. (dir.) (1977 b), *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1885)*, Université du Québec à Trois-Rivières (coll. Cahiers « Recherches et Théories », n° 15) 345 p.
- PARADIS, André, et al. (dir.) (1975), *Bibliographie sur la préhistoire de la psychiatrie au Québec et en Ontario : le xix^e siècle*, UQAM et UQTR (coll. Cahiers « Recherches et Théories », n° 10,) 125 p.
- PARADIS, André, et Hélène Naubert (1995), *Recension bibliographique. Les maladies nerveuses et mentales dans les périodiques médicaux québécois*, Centre interuniversitaire d'études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières, 136 p.
- PARADIS, André, et Hélène Naubert (collaborateur : D. Goulet) (1988), *Recension bibliographique : les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux québécois du xix^e siècle*, Centre de recherche en études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières, 237 p.
- PELLETIER, Michel, et Yves Vaillancourt (1974), *Les politiques sociales et les travailleurs*, cahier I, *Les années 1900 à 1929*, Montréal, s. é., 132 p.
- PERRON, Normand (1984), *Un siècle de vie hospitalière au Québec. Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 439 p.
- PETER, Jean-Pierre (1993), « Trois « propos sur la douleur ». Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur », dans Jean-Pierre Peter (édit.), *De la douleur*, Paris, Quai Voltaire / Histoire, La cité des Sciences et de l'Industrie, p. 7-66.

- PETERSON, Mildred Jeanne (1978), *The Medical Profession in Mid-Victorian London*, Berkeley, University of California Press, 406 p.
- PETITAT, André (1989), *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 412 p.
- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine (1981), « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 (hiver), p. 355-375.
- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine (1980), « La tuberculose au Québec au début du xx^e siècle : problème social et réponse réformiste », *Mémoire de maîtrise (histoire)*, Université du Québec à Montréal, 225 p.
- PONTAUT, Alain (1985), *Santé et sécurité. Un bilan du régime québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*, Montréal, Boréal Express, 249 p.
- PORTER, John R. (1977), « L'Hôpital Général de Québec et le soin des aliénés (1717-1845) », *Société canadienne d'histoire de l'Église catholique, Sessions d'études*, 44, p. 23-55.
- PORTER, Margaret (1984), *Mille en moins! Histoire du Centre hospitalier de Charlevoix (1889-1980)*, Baie-Saint-Paul, s.é., 263 p.
- PORTER, Roy (1992), « The Patient in England, c.1660 - c.1800 », dans Andrew Wear, *Medicine in Society. Historical essays*, Cambridge, Angleterre, Cambridge University Press, p. 91-118.
- PORTER, Roy (1987), *Disease, Medicine and Society in England 1550-1860*, Londres, Macmillan Education, (coll. « Studies in Economic and Social History »), 79 p.
- POULIN, Gonzalve (1955), *L'assistance sociale dans la province de Québec 1608-1951*, Québec, Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, Annexe 2, 201 p.
- QUÉBEC (PROVINCE) (1988), COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 803 p.
- QUÉBEC (PROVINCE), COMMISSION DES ASSURANCES SOCIALES DE QUÉBEC (1932-1933), *Commission des assurances sociales de Québec* (4 rapports).
- QUÉBEC (PROVINCE), COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUÊTE SUR LES HÔPITAUX (1943), *Rapport de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux*, Québec, Imprimeur du roi, 2 vol.
- QUÉBEC (PROVINCE), CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, série des rapports annuels de ces organismes.
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE, BUREAU DES STATISTIQUES, *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance... 1915-1918* (le titre change).
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE, BUREAU DES STATISTIQUES, *Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria), pour l'année... 1919-1928* (le titre change).
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE PROVINCIAL, SERVICE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, *Rapport du directeur de l'assistance publique pour l'année... 1923 à 1937*.
- QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ, J.-ERNEST SYLVESTRE ET AL., *Enquête sur les services de santé : 1948, 1951, 9 tomes*.
- QUÉBEC (PROVINCE), ROYAL COMMISSION ON LUNATIC ASYLUMS OF THE PROVINCE OF QUEBEC, « Report of the Royal Commission on Lunatic Asylums of the Province of Quebec, 1888, *Documents de la Session*, 1890, vol. 24, n° 53.
- QUETEL, Claude, et Pierre Morel (1979), *Les fous et leurs médecins : de la Renaissance au xx^e siècle*, Paris, Hachette, 302 p.
- Règles et Constitutions des Religieuses de l'ordre de Saint Augustin dites les Filles de la Miséricorde, établies à Dieppe* (1631), France, s.é., 747 p.
- REVEL, Jacques, et Jean-Pierre Peter (1974), « Le corps. L'homme malade et son histoire », dans Jacques Le Goff et Pierre Nora (dir.), *Faire l'histoire*, Tome III, *Nouveaux objets*, Paris, Gallimard (coll. « Folio/Histoire »), p. 226-256.
- RIOUX, Christian (1981), « L'hôpital militaire à Québec : 1759-1811 », *La Société canadienne d'histoire de la médecine. Nouvelles*, (avril), p. 16-19.
- RIOUX, Denise (1993), *La grippe espagnole à Sherbrooke et dans les Cantons de l'Est*, Sherbrooke, Études supérieures en histoire, Université de Sherbrooke, 132 p.
- RISSE, Guenter B. (1993), « History of Western Medicine from Hippocrates to Germ Theory », dans Kenneth F. Kiple (édit.), *The Cambridge Word History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, p. 11-19.
- RIVARD, Jean-Yves, et al. (1970), *L'évolution des services de santé et des modes de distribution de soins au Québec*, Annexe 2, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 125 p.
- ROBERT, Jean-Claude (1988), « The City of Wealth and Death : Urban Mortality in Montreal, 1821-1871 », dans Wendy Mitchinson et Janice Dickin McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland & Stewart, p. 18-38.
- RODRIGUE, Laurent (1994), « Fondation et développement d'un hôpital laïc sous contrôle médical : l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke (1917-1943) », *Mémoire de maîtrise (histoire)*, Université de Sherbrooke, 131 p.
- ROLAND, Charles G. (édit.) (1984), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 464 p.
- ROLAND, Charles G., et Paul Potter (1979), *An Annotated Bibliography of Canadian Medical Periodicals, 1826-1975*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 77 p.
- ROMIEUX, Yannick (1986), *De la hune au mortier ou l'histoire des compagnies des Indes, leurs apothicaires et leurs remèdes*, Nantes, Éditions ACL, 440 p.
- ROSEN, George (1974), « The Hospital. Historical Sociology of a Community Institution », dans George Rosen, *From Medical Police to Social Medicine : Essays on the History of Health Care*, New York, Science History Publications, p. 274-303.
- ROSENBERG, Charles E. (1987), *The Care of Strangers : the Rise of America's Hospital System*, New York, Basic Books, 437 p.
- ROSENKRANTZ, Barbara Gutmann (1972), *Public Health and the State : Changing Views in Massachusetts, 1842-1936*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 259 p.

- ROSNER, David (1982), *A Once Charitable Enterprise. Hospitals and Health Care in Brooklyn and New York, 1885-1915*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, 234 p.
- ROTHSTEIN, William G. (1987), *American Medical Schools and the Practice of Medicine : a History*, New York, Oxford University Press, 408 p.
- ROUSSEAU, François (1994), *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Tome 2 : 1892-1989, Québec, Septentrion, 488 p.
- ROUSSEAU, François (1989), *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Tome 1 : 1639-1892, Sillery, Septentrion, 454 p.
- ROUSSEAU, François (1983), *L'œuvre de chère en Nouvelle-France. Le régime des malades de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- ROUSSEAU, François (1977), « L'hospitalisation en Nouvelle-France : l'Hôtel-Dieu à la fin du XVII^e siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 31, 1 (juin), p. 29-47.
- RUDEL, David-Thierry (1988), *Québec City 1765-1832. The evolution of a colonial town*, Hull, Musée canadien des civilisations (coll. « Mercure »), 291 p.
- SAINT-PIERRE, Arthur (1932), *L'œuvre des congrégations religieuses de charité : dans la province de Québec*, Montréal, Bibliothèque canadienne, 245 p.
- SHORTT, Samuel Edward Dole (édit.) (1981), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 506 p.
- SHRYOCK, Richard Harrison (1977), *Medicine and Society in America : 1660-1860*, 4^e édition, Ithaca, Cornell University Press, 182 p.
- SŒURS DE LA PROVIDENCE (1937), *Activités hospitalières des Sœurs de charité de la Providence (au Canada et en pays de missions)*, Montréal, Providence Maison-mère, 120 p.
- STARR, Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, New York, Basic Books, 514 p.
- STEVENS, Rosemary (1989), *In Sickness and in Wealth. American Hospitals in the Twentieth Century*, New York, Basic Books, 432 p.
- TACHÉ, Joseph-Charles (1885), *Les asiles d'aliénés de la province de Québec et leurs détracteurs*, Hull, La Vallée d'Ottawa, 51 p.
- TÉTREAU, Martin (1991), *L'état de santé des Montréalais, 1880-1914*, Montréal, Regroupement des chercheurs-chercheuses en histoire des travailleurs et travailleuses du Québec (coll. « Études et documents »), 225 p.
- THILLAUD, Pierre-Léon (1983), *Les maladies et la médecine en Pays Basque Nord à la fin de l'Ancien Régime (1690-1789)*, Genève, Librairie Droz, 232 p.
- THORNTON, Pat, Sherry Olson et Q. Thuy Thach (1988), « Dimensions sociales de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIX^e siècle », *Annales de démographie historique*, p. 299-325.
- TUKE, Daniel Hack (1885), *The Insane in the United States and Canada*, Londres, H. K. Lewis, 158 p.
- TUKE, Daniel Hack (1884), « The Public Asylum in the Province of Quebec », *Canada Medical and Surgical Journal*, 13, p. 129-143.
- TUNIS, Barbara (1984), « Inoculation for Smallpox in the Province of Quebec, a Reappraisal », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 171-193.
- TUNIS, Barbara (1981), « Medical Licensing in Lower Canada », dans Samuel Edward Dole Shortt (édit.), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, p.137-163.
- Un héritage de courage et d'amour ou la petite histoire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Longue-Pointe. 1873-1973* (1975), Montréal, Communauté des Sœurs de la Providence, 119 p.
- UPTON, E. Frances (1946), *25 années de collaboration, 1920-1945*, Montréal, Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec, 178 p.
- VAILLANCOURT, Yves (1988), *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 513 p.
- VAILLANCOURT, Yves (1975), *Les politiques sociales et les travailleurs*, Cahier II, *Les années 1930*, Montréal, l'auteur, 424 p.
- VALLÉE, Arthur (1927), *Un biologiste canadien. Michel Sarrazin. 1659-1735. Sa vie, ses travaux et son temps*, Québec, Ls-A. Proulx, 291 p.
- VALLÉE, Arthur (1890), *Les asiles d'aliénés de la province de Québec*, Québec, Belleau & Cie, 75 p.
- VIGROUX, Jean-Marie (1985), « Le XVIII^e siècle, époque clé de la chirurgie française », Thèse de doctorat d'État (médecine), Université Paul Sabatier (Toulouse, France), 180 p.
- VOGEL, Morris J. (1980), *The Invention of the Modern Hospital : Boston, 1870-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 171 p.
- VOYER, Christiane (1954), « Étude de la législation sociale du Bas-Canada 1841-1867 », Thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 156 p.
- WADDINGTON, Ivan (1973), « The Struggle to Reform the Royal College of Physicians, 1767-1771 : a Sociological Analysis », *Medical History*, xvii, 2 (avril), p. 107-126.
- WALLOT, Hubert (1979), « Perspectives sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec », *Santé mentale au Québec*, iv, 1, p. 102-123.
- WEISZ, George (1987), « Origines géographiques et lieux de pratique des diplômés en médecine au Québec de 1834 à 1939 » dans Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 129-170.
- WHERRETT, George Jasper (1977), *The Miracle of the Empty Beds : a History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 299 p.
- YANACOPOULO, Andrée (1992), *Hans Selye ou la cathédrale du stress*, Montréal, Le Jour.